UNIVERSITE MONTPELLIER 1
U.F.R DE MEDECINE

T H E S E

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Solène GOULAOUIC
le Jeudi 12 Décembre 2013

Titre :

Etat des lieux du dépistage organisé du cancer colorectal en France. Enquête auprès de médecins généralistes des Pyrénées-orientales

JURY

Président :

M. Gérard BOURREL — Professeur des Universités de Médecine Générale

Assesseurs :

M. Pierre DUJOLS — Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

M. Marc YCHOU — Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Directeur de thèse :

M. Maxime VERGNIERES — Médecin généraliste

Membre invité :

Mme Isabelle MOULICHON — Médecin coordonnateur Dépistages 66



ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES

ALLIEU Yves	CLOT Jacques	JARRY Daniel	OTHONIEL Jacques
ALRIC Robert	D'ATHIS Françoise	LABAUGE Robert	PAGES André
ASTRUC Jacques	DEDET Jean-Pierre	LAFFARGUE François	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	DEMAILLE Jacques	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LAMARQUE Jean-Louis	PUECH Paul
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAPEYRIE Henri	PUJOL Henri
BALDY-MOULINIER Michel	DU CAILAR Jacques	LESBROS Daniel	RABISCHONG Pierre
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LOPEZ François Michel	RAMUZ Michel
BALMES Michel	DUMAZER Romain	LORIOT Jean	RIEU Daniel
BALMES Pierre	ECHENNE Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	RIOUX Jean-Antoine
BANSARD Nicole	ELEDJAM Jean Jacques	MAGNAN DE BORNIER Bernard	ROCHEFORT Henri
BAUMEL Hugues	FABRE Serge	MARCHAL Georges	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BAYLET René	FREREBEAU Philippe	MARY Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean-Charles	SENAC Jean-Paul
BOUDET Charles	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOURGEOIS Jean-Marie	GREMY François	MICHEL Henri	SIMON Lucien
BRUEL Jean Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	MIMRAN Albert	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SUQUET Pierre
CALLIS Albert	HERTAULT Jean	MION Henri	THEVENET André
CANAUD Bernard	HUMEAU Claude	MIRO Luis	VIDAL Jacques
CASTELNAU Didier	JAFFIOL Claude	MONNIER Louis	VISIER Jean Pierre
CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVARRO Maurice	
CIURANA Albert-Jean	JANBON François	NAVRATIL Henri	

PROFESSEURS EMERITES

ARTUS Jean-Claude
JOURDAN Jacques
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
ROSSI Michel



UFR Médecine Montpellier-Nîmes
Service de gestion des personnels
2 rue École de Médecine | CS 59001 | 34060 Montpellier cedex 2
tél : 04 34 43 35 07 | fax : 04 34 43 35 53
christine.euzet @univ-montp1.fr | www.univ-montp1.fr



PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ASENCIO Gérard	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BLANC François	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
BOUSQUET Jean	Pneumologie ; addictologie
BRINGER Jacques - Doyen	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLAUSTRES Mireille	Génétique
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTA Pierre	Urologie
DAURES Jean Pierre	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
DAUZAT Michel	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire : option médecine vasculaire
DAVY Jean Marc	Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DOMERGUE Jacques	Chirurgie générale
DUBOIS Jean Bernard	Cancérologie ; radiothérapie
GUERRIER Bernard	Oto-Rhino-Laryngologie
GUILLOT Bernard	Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Réanimation ; médecine d'urgence
LANDAIS Paul	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MARES Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MERCIER Jacques	Physiologie
MILLAT Bertrand	Chirurgie digestive
MOURAD Georges	Néphrologie
PELISSIER Jacques	Médecine physique et de réadaptation
SCHVED Jean François	Hématologie; Transfusion
SULTAN Charles	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
TOUCHON Jacques	Neurologie
UZIEL Alain	Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VOISIN Michel	Pédiatrie



UFR Médecine Montpellier-Nîmes
Service de gestion des personnels
2 rue École de Médecine | CS 59001 | 34060 Montpellier cedex 2
tél : 04 34 43 35 07 | fax : 04 34 43 35 53
christine.euzet @univ-montp1.fr | www.univ-montp1.fr



PU-PH de 1re classe

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVEROUS Michel	Urologie
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BLAYAC Jean Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BLOTMAN Francis	Rhumatologie
BOULENGER Jean Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale (option gynécologie-obstétrique)
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
DUJOLS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMEL Christian	Ophtalmologie
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (option anesthésiologie-réanimation)
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KLEIN Bernard	Hématologie ; transfusion
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LE QUELLEC Alain	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence



UFR Médecine Montpellier-Nîmes
Service de gestion des personnels
2 rue École de Médecine | CS 59001 | 34060 Montpellier cedex 2
tél : 04 34 43 35 07 | fax : 04 34 43 35 53
christine.euzet @univ-montp1.fr | www.univ-montp1.fr



LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LEROUX Jean Louis	Rhumatologie
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry	Biologie cellulaire
MAURY Michèle	Pédopsychiatrie ; addictologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
NAVARRO Francis	Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SAINT AUBERT Bernard	Cancérologie ; radiothérapie
SARDA Pierre	Génétique
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie
ZANCA Michel	Biophysique et médecine nucléaire

PU-PH de 2ème classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DE VOS John	Cytologie et histologie



UFR Médecine Montpellier-Nîmes
Service de gestion des personnels
2 rue École de Médecine | CS 59001 | 34060 Montpellier cedex 2
tél : 04 34 43 35 07 | fax : 04 34 43 35 53
christine.euzet @univ-montp1.fr | www.univ-montp1.fr



DECHAUD Hervé	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie -vénéréologie
DORANDEU Anne	Médecine légale
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Urgences et Post urgences psychiatriques
GUITER Jacques	Urologie
HAYOT Maurice	Physiologie
JOYEUX Henri	Chirurgie digestive
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel	Génétique Moléculaire
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LALLEMANT Benjamin	ORL
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MOREL Jacques	Rhumatologie
MORIN Denis	Pédiatrie
NOCCA David	Chirurgie digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
SEGNARBIEUX François	Neurochirurgie



UFR Médecine Montpellier-Nîmes
Service de gestion des personnels
2 rue École de Médecine | CS 59001 | 34060 Montpellier cedex 2
tél : 04 34 43 35 07 | fax : 04 34 43 35 53
christine.euzet @univ-montp1.fr | www.univ-montp1.fr

SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - Médecine générale

BOURREL Gérard
LAMBERT Philippe

PROFESSEUR ASSOCIES - Médecine Générale

AMOUYAL Michel
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIES - Médecine

PANARO Fabrizio (Chirurgie générale)
QUANTIN Xavier (Pneumologie ; addictologie)
VIEL Eric (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)



ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

PERSONNEL ENSEIGNANT

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Praticiens Hospitaliers

Disciplines médicales

MCU-PH Hors classe

CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FAUROUS Patrick	Biophysique et médecine nucléaire
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MICHEL Françoise	Biochimie et biologie moléculaire
PIGNODEL Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PRAT Dominique	Anatomie
PRATLONG Francine	Parasitologie et mycologie
RAMOS Jeanne	Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
RONDOUIN Gérard	Physiologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1re classe

ALLARDET-SERVENT Annick	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
MOLINARI Nicolas	Biostatistiques informatique et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques informatique et technologies de la communication
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PELLESTOR Franck	Cytologie et histologie



PEREZ-MARTIN Antonia	Physiologie
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PUJOL Joseph	Anatomie
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
SIMONY-LAFONTAINE Joëlle	Cancérologie ; radiothérapie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VINCENT Thierry	Immunologie
YACHOUH Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe

BRUN Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COSSEE Mireille	Génétique Moléculaire
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie
GRAAFLAND Hubert	Hématologie ; transfusion
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne
JUNG Boris	Anesthésie-réanimation ; médecine d'urgence
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Neuroradiologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
SEBBANE Mustapha	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THURET Rodolphe	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DUTILLEUL Patrick
FOLCO-LOGNOS Béatrice
RAMBAUD Jacques



Université Montpellier 1
UFR Médecine Montpellier-Nîmes
Service de gestion des personnels
2 rue École de Médecine | CS 59001 | 34060 Montpellier cedex 2
tél : 04 34 43 35 07 | fax : 04 34 43 35 53
christine.euzet @univ-montp1.fr | www.univ-montp1.fr



ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

PERSONNEL ENSEIGNANT

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAMBON Monique	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
PROVANSAL Monique	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
SIESO Victor	Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CADILHAC-BONNET Claire	Sciences du langage : linguistique et phonétique générales
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire
CHENIVESSE Dalila	Biochimie et biologie moléculaire
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
DUFFOUR Jacqueline	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
NEVEU Dorine	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
VIGNAUD Mireille	Sciences du médicament et des autres produits de santé



UFR Médecine Montpellier-Nîmes
Service de gestion des personnels
2 rue École de Médecine | CS 59001 | 34060 Montpellier cedex 2
tél : 04 34 43 35 07 | fax : 04 34 43 35 53
christine.euzet @univ-montp1.fr | www.univ-montp1.fr



ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

PERSONNEL ENSEIGNANT

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BRET Caroline	Hématologie
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FUNAKOSHI Natalie	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
GABELLE Audrey	Neurologie
GAILLARD Jean-Baptiste	Cytologie et histologie
GALANAUD Jean-Philippe	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
GAUJOUX-VIALA Cécile	Rhumatologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LUKAS Cédric	Rhumatologie
THOUVENOT Eric	Neurologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie

UFR Médecine Montpellier-Nîmes
Service de gestion des personnels
2 rue école de Médecine | CS 59001 | 34060 Montpellier cedex 2
tél : 04 34 43 35 07 | fax : 04 34 43 35 53
christine.euzet@univ-montp1.fr | www.univ-montp1.fr

REMERCIEMENTS

Mr le Professeur Gérard Bourrel, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger de mon travail. Je suis également heureuse d'avoir pu suivre à Montpellier ou Narbonne vos enseignements qui mettent bien en avant toute la richesse de la Médecine générale.

Mr le Professeur Ychou,
Mr le Professeur Dujols,
vous avez accepté de faire partie de ce jury et de juger de mon travail, veuillez trouver ici toute ma gratitude.

Merci au Docteur Maxime Vergnières d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse.
Merci de m'avoir encouragée dans la préparation de ma thèse, pour son esprit synthétique et sa franchise.
Je le remercie aussi pour avoir été mon maître de stage. J'ai beaucoup apprécié sa curiosité médicale, ses capacités relationnelles avec les patients et son humour.

Je remercie également le Docteur Isabelle Moulichon pour son accueil au sein de Dépistages 66, son avis complémentaire sur mon travail et sa relecture.

Merci à toute l'équipe de Dépistages 66 pour leur aide humaine et logistique sans qui ce travail n'aurait pas été le même.
Je remercie particulièrement Mme Marion Boubet pour ses connaissances précieuses et son dynamisme.

Merci au Docteur Jean-Luc Faillie pour sa disponibilité et son aide pour l'analyse statistiques.

Je tiens à remercier tous les médecins généralistes des Pyrénées-orientales qui ont pris de leur temps pour répondre à ce questionnaire.

Je remercie également tous les médecins et soignants, qui depuis le début de mes études de médecine, à la faculté ou en stage, m'ont appris ce métier.
Je pense spécialement aux docteurs Francis Laulhé et Marie-Catherine Reboul.

A Tremeur, tu as été mon coéquipier depuis le début des études de médecine. Ton soutien et ton amour me permettent aujourd'hui de terminer cette étape mais ce n'est qu'une des premières de notre longue route à deux.

A mes parents, pour avoir respecté mon choix d'être médecin et m'avoir donné les moyens de le devenir. Je sais que ça n'a pas toujours été facile et je vous remercie pour votre présence inconditionnelle à mes côtés malgré la distance.

A ma soeur Morgane, pour m'avoir supporté depuis toujours et pour toutes nos conversations téléphoniques.

A ma mamie Yvonne, qui compte tellement pour moi. Cette année, le mot Santé a pris une autre dimension et je suis très heureuse de faire partie aujourd'hui des soignants.

A Mammig, je suis loin mais je pense à mes grand-mères en Bretagne et je sais que vous êtes fières de moi.

A toute ma famille éparpillée, à mes cousines montpelliéraines...

A Evelyne et Laurent, Gwenn, Koulm, Cyril, Loig et Berienn pour leur accueil au sein de la famille, pour tous les bons moments passés ensemble.
Aux familles Guillaumie et Raoul pour les réunions de famille tellement sympathiques.

Je remercie mes amies de collège et lycée, Gaël, Steph, Laurence, qui sont toujours là et ça c'est beau!

Je remercie Audrey dont l'amitié a été très importante pour passer le cap des P1.
Je remercie mes amis des années brestoises, restons toujours en contact!

Je suis heureuse d'avoir fait de très belles rencontres durant mon internat. Je remercie tous ceux qui m'ont accompagnée durant ces trois dernières années (toute la team de Perpi, Rhoda, Sarah, Aude, mes co-internes du stage chez le prat' Sophie et Vanessa, toute l'équipe des urgences de Béziers…).

SOMMAIRE

Abréviations utilisées :

CCR : Cancer colorectal

IC : Intervalle de confiance

SNFGE : Société Nationale française de Gastro-entérologie

HAS : Haute autorité de santé

INCa : Institut National du Cancer

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

RSS : rectosigmoïdoscopie souple

PO: Pyrénées-Orientales

Introduction : Etat des lieux du dépistage organisé du cancer colorectal en France

1- Le cancer colorectal

Aujourd'hui en 2013, le dépistage organisé du cancer colorectal a lieu dans tous les départements français depuis 2009 et dans certains départements pilotes comme les Pyrénées-Orientales depuis 2004.

Le cancer colorectal remplit les conditions nécessaires à la mise en place d'un dépistage organisé.

C'est le troisième cancer le plus fréquent après les cancers de la prostate et du sein. En 2012, le nombre de nouveaux cas en France est estimé à 42 152 (dont 55% survenant chez l'homme).

C'est le deuxième cancer le plus mortel après le cancer du poumon et avant le cancer du sein : 17 722 décès ont été estimés pour 2012 (dont 52% chez l'homme).
De 1980 à 2012, l'incidence du cancer colorectal est restée stable avec récemment une légère baisse. La mortalité par contre a diminué régulièrement **(1)**.
La survie relative globale à un an est de 79% et à 5 ans de 56% **(2)**.

Le cancer colorectal se développe à partir d'une tumeur, au départ bénigne, le polype adénomateux. Cette évolution dure environ 10 ans. Sur 1 000 adénomes, 100 seulement se transformeront en adénomes de taille supérieures à 1 cm et parmi ceux-ci 25 deviendront des cancers.

On sait que le taux de survie à 5 ans pour les cancers localisés est de 87 % (étude PETRI) à 90,8% (SEER program) **(3)**.

Le but du dépistage va donc être de détecter tôt les polypes ou adénomes chez une population à risque moyen pour les traiter avant leur transformation en cancer. Il s'agit de prévention secondaire.
Il ne faut pas oublier la prévention primaire . Une consommation de légumes, une limitation de l'apport en calories, une diminution de la consommation d'alcool et la pratique d'une activité physique sont recommandées **(4)** pour éviter l'apparition de lésions cancéreuses.

Il existe une population cible pour le dépistage organisé: les patients âgés de 50 à 75 ans.
D'après les projections pour 2011, 95% des cancers colorectaux surviennent après 50 ans.
Les personnes cibles du dépistage organisé ne doivent pas appartenir aux populations à risque élevé de cancer colorectal (pas d'antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou d'adénomes, pas de maladie inflammatoire chronique de l'intestin), ou à risque très élevé (polypose adénomateuse familiale, cancer colorectal héréditaire non polyposique appelé aussi syndrome de Lynch).
Par ailleurs dans le cahier des charges du cancer colorectal **(5)**, les patients symptomatiques, ceux ayant bénéficié d'une coloscopie complète depuis moins de 5 ans, les sujets présentant une pathologie grave extra-intestinale ou ceux pour qui le dépistage revêt un caractère momentanément inopportun (exemple : dépression) sont exclus également du dépistage organisé.

Desoubeaux et al. **(6)** en 1997 ont montré que parmi les individus âgés de 50 à 74 ans consultant un médecin généraliste 13% ne répondaient pas aux critères du dépistage de masse.
D'après les informations recueillies par les structures de gestion pour 2009-2010 **(7)**, le taux d'exclusions médicales du programme de dépistage organisé est de 10,7%. Il est

légèrement plus faible chez les hommes (10,4% versus 10,9% chez les femmes) et il augmente avec l'âge.

Les médecins doivent donc s'impliquer dans les procédures de dépistage et il doit y avoir une coordination entre les médecins et la structure de gestion. Lors de la consultation médicale suite à l'invitation, le médecin généraliste peut retrouver des critères motivant la prescription d'une coloscopie. Le dépistage organisé sert donc aussi à mieux dépister les personnes à risque élevé et très élevé de cancer colorectal dans la population générale.

La recherche de saignement occulte dans les selles est une méthode adaptée à la détection des stades précoces. Il y a deux types de tests utilisant cette méthode : les tests au gaïac et les tests immunologiques.

Actuellement en France le test utilisé est le test au gaïac Hemoccult II®. Il correspond aux critères pour la mise en place d'un dépistage organisé : c'est un test simple, acceptable, sans danger, peu coûteux et d'efficacité démontrée **(8)**.

2- Le test Hemoccult II®

2-1- Le test Hemoccult II®est simple et acceptable.

Le kit Hemoccult II® remis par le médecin au patient est constitué d'une pochette contenant une plaquette traitée à la résine de gaïac, trois dispositifs de recueil de selles, 6 spatules, 1 pochette de protection et un mode d'emploi. Six prélèvements de selle (2 par selle sur 3 selles consécutives) sont appliqués sur la plaquette qui est ensuite envoyée à un centre de lecture. **(photo du test : annexe 1)**

En France, il n'y a pas de régime alimentaire préconisé aux patients avant de faire le test Hemoccult II®.

Il a été démontré en Allemagne qu’une alimentation riche en fibres, l’éviction de la viande rouge crue ou saignante ainsi que des médicaments contenant de la vitamine C n'a pas d'impact sur le taux de positivité du test qui reste inférieur à 3%.

Considérant la sensibilité du test Hemoccult II®, certains conseils peuvent être tout de même donnés. Suivre un régime riche en fibres (avec des noix par exemple) augmente la quantité de selles, permet de réduire le transit, et peut aider à la découverte de lésions qui ne saigneraient que de façon intermittente.
Le boudin doit être proscrit. Les patients traités par médicaments pouvant induire des saignements intestinaux (aspirine à plus de 325 mg par jour les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les anti-coagulants...) devraient réduire si possible leur prise ou l'arrêter 3 jours avant et 3 jours pendant la période de test après avis médical.
Une consommation importante de vitamine C peut inhiber les résultats positifs du test. En Europe la limite supérieure est de 500mg par jour.

La réaction du test est basée sur l'oxydation du Gaïac par le peroxyde d'hydrogène en un composé de couleur bleue, ce qui se produit uniquement en présence d'une peroxydase. L' hémoglobine libérée à partir des érythrocytes lysés ou hème possède des propriétés de transfert d'oxygène et catalyse la réaction. Cette lecture se fait sans réhydratation le jour de la réception par deux techniciens. Les tests, pour une sensibilité maximale, doivent être analysés entre 48 heures après le dernier échantillon et 14 jours après le premier prélèvement. Après adjonction d'une solution alcoolique stabilisée d'eau oxygénée sur les selles séchées, le test est considéré comme positif si une coloration bleue apparaît en moins d'une minute. Dans le cahier des charges il est précisé que le taux de positivité doit être compris entre 1% et 4% (à interpréter selon l'âge et le sexe). Le centre de lecture transmet les résultats à la structure de gestion, à la personne dépistée et au médecin traitant.

2-2 Le test Hemocult II® est sans danger et peu coûteux.

Le test Hemoccult II® est sans danger car non invasif. Son prix est de 1,27 euros et sa lecture coûte 4,50 euros.
Le coût moyen par personne dépistée est compris entre 75,88 euros et 83,50 euros.
Le coût d'une année de vie gagnée par le dépistage du CCR en France est estimé, en moyenne, à 3357 euros **(9)**. Ce dépistage est donc considéré comme coût-utile dans la mesure où le coût d'une année de vie gagnée est inférieur à 30 000 euros, seuil fixé par la communauté européenne.

Si le test est positif , le diagnostic nécessite une coloscopie avec anesthésie générale qui a un coût individuel supérieur et n'est pas dépourvue de tout risque.

2-3 Le test Hemoccult II® est sensible, spécifique et a une forte valeur prédictive.

La sensibilité du test Hemoccult II® se situe à environ 50% pour les cancers toutes études confondues (Milan 69% **(10)**, Nottingham 51,3% **(11)**, Funen 55% **(12)**, Bourgogne 57% **(13)**, Ecosse 52% **(14)**).

Sa spécificité est entre 96% et 99%.

Sa valeur prédictive positive est de 40% pour une lésion néoplasique (10% pour les cancers et 30% pour les adénomes).

3- Historique de la mise en place du dépistage organisé en France

Les tests au gaïac ont été utilisés pour la première fois en 1967 **(15)**.

De 1975 à 1978, une première étude est réalisée dans le Minnesota **(16)**.
En 1982, une étude suédoise **(17)** étudie aussi la réduction de la mortalité après un dépistage tous les deux ans ou biennal.
Les résultats de ces deux études ne seront pas pris en compte lors de la Conférence de consensus sur le cancer du côlon en 1998 **(4)** car l'étude américaine est réalisée chez des volontaires et dans l'étude suédoise les tests étaient lus après réhydratation.

Par contre l'étude anglaise se déroulant de 1981 à 1991 **(11)** et l'étude danoise depuis 1986 **(12)** réalisées dans la population générale chez des patients âgés de 45 à 74 ans ont démontré qu'un programme de dépistage basé sur le test Hemoccult II® répété tous les deux ans et suivi de coloscopie de contrôle en cas de positivité, peut diminuer la mortalité par CCR de 15 à 18%, 8 à 10 ans après sa mise en place.

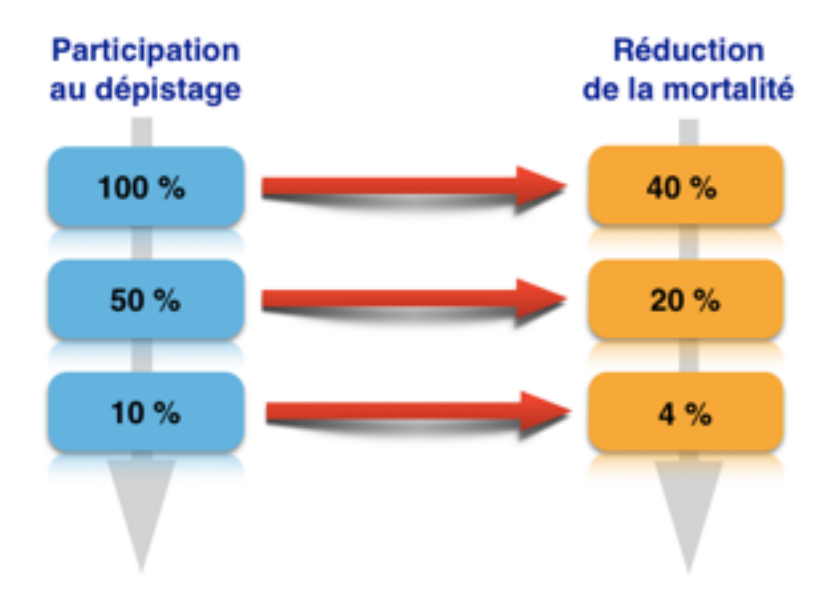
Une campagne de dépistage de masse du cancer colorectal est organisé dès 1991 dans le département du Calvados.

En 1995, Dubois proposait déjà un rapport au Ministère chargé de la santé sur l'organisation d'un dépistage organisé du cancer colorectal **(18)**.

En 1999, Faivre et al. **(19)** confirment que les résultats précédents sont transposables en France. Ils ont étudié 91 199 individus âgés de 45 à 74 ans dépistés tous les 2 ans pendant 11 ans. La mortalité par cancer colorectal était réduite de 33% (IC à 95% : 0,56-0,81) chez les patients dépistés , et était réduite de 16% dans la population cible (participation entre 53,8% et 58,3%).

	USA Minnesota (16)	**Nottingham** (11)	**Suède Goteborg** (17)	**Danemark Funen** (12)	**Bourgogne** (19)
Année de début	1975	1981	1982	1986	1988
Nombre de sujets	46 551	152 850	63 308	61 933	91 199
âge	50-80	45-74	60-64	45-74	45-74
Répétition du test	annuel et biennal	biennal	biennal	biennal	biennal
Suivi (an)	18	18	-	17	11
Nombre de campagnes	-	6	2	9	6
Réduction mortalité pour le groupe dépistage	annuel : 0,67 (0,51-0,83) biennal : 0,79 (0,62-0,97)	0,87 (0,78-0,97)	0,88 (0,71-1,03)	0,84 (0,73-0,96)	0,84 (0,71-0,99)
Réduction mortalité chez les participants à toutes les campagnes de dépistage	annuel : 0,67 (0,51-0,83) biennal : 0,79 (0,62-0,97)	0,73 (0,57-0,90)	?	0,57 chez les participants aux 9 campagnes	0,67 (0,56-0,81)

On arrive à la conclusion suivante :



La réduction de mortalité par cancer colorectal attendue augmente proportionnellement à l'augmentation du taux de participation de la population.

En 2000, il y a un avis consensuel sur le dépistage des cancers par le Comité consultatif des experts cancérologues de la Commission européenne **(20)**.

La Société Nationale Française de Gastro-entérologie (SNFGE) recommande la mise en place d'un dépistage généralisé et organisé du cancer colorectal en France **(21)** reposant sur la réalisation d'un test Hemoccult II® tous les 2 ans chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, à risque moyen de cancer colorectal, avec pour but une réduction de la mortalité de 15-20% en ayant un taux de participation d'au moins 50%.

La demande d'organisation d'un dépistage organisé du cancer colorectal est réitérée dans le Livre Blanc de l'Hépato-gastro-entérologie **(22)** et le 24 Septembre 2001 un arrêté définit la liste des cancers relevant d'un dépistage organisé: sein, colorectal et col de l'utérus.

Une vingtaine de départements mettent en place le dépistage dès 2003. **(carte des départements pilotes : annexe 2)**

En 2007, une évaluation des deux premières campagnes du programme pilote est réalisée **(23)**.
Le taux de participation s'élevait à 42%. Dans les Pyrénées-Orientales, le taux de participation à la première campagne était de 32,4% tandis que cinq départements dépassaient les 50% (Allier, Côte-d'Or, Ille-et-Vilaine, Mayenne, Haut-Rhin). Lors de la première campagne, 3 289 personnes ont eu un cancer détecté (soit un taux de 2,2 pour 1 000 personnes dépistées) dont 60% à un stade précoce. Le programme a permis aussi de détecter au moins un adénome chez 10 884 personnes (soit 7,5 pour 1 000 dépistages) dont 5 352 personnes avec un adénome supérieur ou égal à un centimètre.

Il faudra le Plan cancer 2003-2007 **(24)**, et surtout l'Arrêté du 29 Septembre 2006 **(5)** pour que fin 2009 le programme de dépistage organisé du cancer colorectal couvre tous les départements français.

4- L'organisation du dépistage organisé du cancer colorectal en France et dans les Pyrénées-Orientales

4-1- Les structures de gestion

D'après l'Arrêté du 29 Septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers **(5)**, des structures de gestion sont chargées de la mise en place de ce programme co-piloté par la Direction Générale de la Santé et l'Assurance maladie en relation avec l'Institut national du Cancer. Elles assurent l'organisation locale des dépistages organisés. Leur statut peut être variable selon les départements car il

dépend des compétences existantes (associations , centres d'examens de santé, hôpitaux…).

Leur financement provient de l'Assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé. La structure de gestion est sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur et d'un Conseil d'Administration en lien avec le ministère de la Santé.

Le cahier des charges destiné aux structures de gestion comprend plusieurs missions:

- le respect des critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible,
- la formation et l'information des professionnels et de la population,
- le conditionnement des tests,
- la stratégie d'invitation et de remise des tests,
- l'approvisionnement en tests des médecins traitants,
- la lecture des tests,
- l'envoi des résultats et le suivi,
- une évaluation du programme,
- la transmission des informations à destination de l'Etat (Agence Régionale de Santé) et des organismes d'Assurance Maladie.

La stratégie d'invitation repose sur une lettre individuelle adressée à la population cible leur proposant de retirer le test de dépistage chez le médecin.

La stratégie, testée dans plusieurs départements puis dans les régions Aquitaine et Nord-Picardie, de se procurer directement le test chez le pharmacien n'avait permis qu'une participation d' environ 20% **(25)**.

En France, Tazi et al. **(26)** ainsi que Launoy et al. **(27)** ont démontré que le taux de participation de la population ciblée était plus important si le test était proposé par le médecin généraliste qu'envoyé par la poste.

Une étude récente belge va dans le sens contraire **(28)** (52,3% des personnes ayant reçu le test immunologique par la poste l'ont fait contre 24,6% des personnes qui devaient le chercher chez leur médecin généraliste).

La lettre d'information adressée par la structure de gestion au patient doit comporter un document d'information et des étiquettes autocollantes pour que le test et l'enveloppe les contenant soient correctement identifiés. Les structures de gestion sont libres de choisir la forme de la lettre d'invitation et les délais des relances mais certains points sont obligatoires. Les médecins doivent signaler toute personne ne relevant pas du dépistage afin de calculer le pourcentage d'exclusions et ils doivent remettre le test à toute personne éligible. L'envoi du test est également obligatoire lors de la dernière phase postale puisque le test s'adresse à l'ensemble de la population.

Les centres de lecture des tests ont aussi un cahier des charges. Ils envoient les résultats des tests au patient, au médecin traitant et à la structure de gestion.

Les gastro-entérologues doivent envoyer à la structure de gestion le résultat des coloscopies réalisées ce qui permet d'avoir un état des lieux des lésions dépistées.

4-2 La structure de gestion des Pyrénées-Orientales: Dépistages 66

Le département des Pyrénées-Orientales fait partie des départements pilotes choisis en 2003. Dépistages 66 est une association Loi 1901 à but non lucratif, son personnel comprend 6 membres dont le médecin coordonnateur.

Lors de la mise en place du dépistage organisé en 2004, la formation des médecins généralistes dans les Pyrénées-Orientales a eu lieu lors des séances de formation médicale continue (FMC).

le test utilisé a toujours été le test Hemoccult II®. Seul le conditionnement a changé. Les 3 plaquettes pour le recueil des selles ont été rassemblées en une seule plaquette depuis 2010.

La lettre d'information pour les patients n'a été modifié qu'au moment du changement de conditionnement. Celle qu'envoie Dépistages 66 comprend au recto :

un texte d'information et une partie réservée au laboratoire, et au verso : un questionnaire à remplir par le patient pour rechercher les critères d'exclusion (la fiche d'inclusion-exclusion doit être tout de même remplie par le médecin si le patient consulte). La lettre d'invitation vient d'être modifiée et comprendra au verso le mode d'emploi du test, ceci afin d'éviter les risques de confusion pour les patients avec la coloscopie. **(fiche invitation patient : annexe 3)**

La remise du test s'effectue par les médecins quand le patient se présente avec son invitation. Si les personnes n'ont pas reçu leur courrier d'invitation, elles sont invitées à contacter directement leur structure de gestion grâce à un numéro vert gratuit. Dans le futur les médecins pourront remettre le test aux personnes ne présentant pas ce courrier mais répondant aux critères d'éligibilité.

Dans les Pyrénées-Orientales, les patients reçoivent un premier courrier puis une relance à 3 mois. En l'absence de réponse, le test est envoyé par voie postale accompagné d'un document explicatif 6 mois après le premier courrier d'invitation. Seulement 5% des participants au dépistage dans le département utilisent le test envoyé à domicile.

Actuellement 96% des médecins généralistes ont signé la Convention portant sur l'engagement du médecin généraliste dans le cadre de la campagne de dépistage du cancer colorectal dans le département des Pyrénées-Orientales. Le médecin s'engage à proposer le test à ces patients âgés de 50 à 74 ans, à transmettre les fiches d'exclusion-exclusion nécessaires à la structure de gestion pour évaluer le taux d'exclusions et donc le réel taux de participation,. Si cette fiche d'inclusion-exclusion a été envoyée mais que le patient n'a pas effectué le test de dépistage, une relance est envoyée au patient et au médecin par le logiciel Apicrypt. Après accord de son patient le médecin doit aussi transmettre le résultat détaillé de la coloscopie. Les Caisses d'assurance-maladie s'engagent à indemniser le médecin généraliste en fonction du nombre de tests lus selon un barème forfaitaire. **(fiche inclusion-exclusion : annexe 4)**

Les médecins reçoivent une fois par an, en début d'année, un courrier de Dépistages 66 avec les données pour l'année précédente concernant leurs patients dépistés et les données départementales.Ce courrier comprend également le listing des patients du

médecin ayant déjà participé au dépistage et qui ne l'ont pas encore refait malgré les relances ou qui doivent le faire dans l'année. **(courrier aux médecins : annexe 5)**

La structure de gestion Dépistages 66 reçoit chaque nuit par serveur sécurisé les résultats des tests Hemoccult II® transmis par le centre de lecture. Ces résultats sont transmis dès le lendemain au patient et au médecin traitant si le test est positif.
La structure de gestion a aussi un rôle de suivi. Elle doit s'assurer que les médecins ont bien reçu les résultats des tests positifs, que ces patients auront une coloscopie et récupérer les résultats des examens effectués (diagnostic d'adénomes et de cancers). Ces données sont importantes car elles permettent une évaluation des programmes de dépistage organisé.

5- Le dépistage organisé du cancer colorectal en France aujourd'hui

Les structures de gestion constituent et gèrent les fichiers de référence de la population concernée. Les données recueillies permettent de faire un état des lieux des indicateurs d'impact du dépistage organisé en France.

Pour Faivre et Dancourt en 2001 **(29)** un taux de participation de 50 % permettrait d'obtenir une diminution de la mortalité de 15 à 20 %. Selon le référentiel européen de 2011 **(30)**, le taux de dépistage minimal acceptable est de 45% et le taux souhaitable de 65%. Toujours pour Faivre et Dancourt, le taux de positivité initial doit être de 2 à 3%, celui ultérieur de 1 à 2%, le taux de coloscopies réalisées parmi les tests positifs doit être supérieur à 90% (95% dans les recommandations européennes) et la valeur prédictive positive du test pour les cancers doit être supérieure à 10% et pour les adénomes de 30 à 40%.

D'après les données InVS 2013 pour la période 2009-2010 **(7)**, alors que le dépistage est organisé dans 95 départements :

-le taux de participation est de 33,8%,

-le taux d'exclusion de 10,7%,

-le taux de tests non analysables de 5%

-le taux de tests positifs de 2,7%.

Parmi les positifs, 87,2% ont réalisé une coloscopie (0,29% de complications) qui a révélé dans 52,8 % des cas une anomalie.

La valeur prédictive positive du test pour un adénome avancé (de 10 mm ou plus, de dysplasie de bas grade ou présentant un contingent villeux) est de 18,8%.

Un cancer colorectal a été diagnostiqué chez 7,4% des patients avec un nombre total de 8 480 cancers détectés en 2 ans chez les personnes ayant participé au programme.

Pour 2011-2012 (données InVS) le taux de participation en France est de 31,7%. Il est plus élevé chez les femmes (33,7%) que chez les hommes (29,6%), avec une adhésion plus forte après 60 ans. Seuls deux départements dépassent 45% de taux de participation (Saône-et-Loire et Haut-Rhin), 11 départements ont un taux compris entre 40 et 45% et trente-trois ont des taux inférieurs à 30%. Mais 38 départements ont vu leurs taux augmenter entre 2010-2011 et 2011-2012.

La première étude EDIFICE **(31)** a montré que la date de mise en place dans les départements du dépistage organisé avait une influence sur le taux de participation ; avec en 2005 des taux plus importants de participation dans les 3 premiers départements que dans les 10 derniers.

L'observation des indicateurs d'évaluation a montré que le pourcentage de tests positifs était plus élevé chez les hommes (2,8%) que chez les femmes (2,1%) et qu'il augmentait avec l'âge.

L'Assurance maladie **(32)** a estimé que pour 2011 environ 70 000 coloscopies ont été pratiquées soit 5,5% des 1,3 million de coloscopies réalisées en France cette année-là.

Deux plans cancer 2003-2007 **(24)** et 2009-2013 **(33)** ont déjà eu lieu.
L'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancer sa été souligné par la mesure 16.1 du plan cancer 2009-2013 et par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » **(34)**.

Actuellement un bilan a été fait et des recommandations ont été émises avant la mise en place d'un troisième plan cancer pour la période 2014-2018 **(35)**. Le renforcement des campagnes de dépistage organisé fait partie des objectifs et le rôle des médecins traitants dans la prévention est mis en avant.

On retient qu'il y a eu une généralisation des dépistages en France mais elle reste le pays européen qui a le plus fort taux de mortalité prématurée évitable.
Les décès par cancer colorectal en France représentent 14,8% des décès évitables à cause du système de soins et 6,3% des décès évitables par la prévention **(36)**.

6- L'arrivée des nouveaux tests immunologiques

6-1 Les tests immunologiques ne nécessitent qu'un à deux prélèvements de selle.

Il existe actuellement trois tests sur le marché : FOB-Gold® (Beckman Coulter, USA), OC-Sensor® (Eiken, Tokyo, Japon) et Magstream® (Fujirebio, Tokyo, Japon).

Ils se présentent comme un tube en plastique contenant un tampon. Un bouchon se trouve à leur extrémité auquel est fixé un bâtonnet strié avec lequel on gratte et/ou on pique la selle. Selon les tests un ou deux prélèvements sont à réaliser sur une à deux

selles contre six prélèvements pour l'ancien test. **(photo des tests immunologiques : annexe 6)**

Les tests immunologiques recherchent le sang dans les selles en détectant la présence d'hémoglobine humaine grâce à des anti-corps spécifiques anti-globine humaine. Ces anti-corps n'interagissent pas avec l'hémoglobine animale ni avec l'hémoglobine digérée provenant des saignements oesogastriques contrairement au test Hemoccult II® **(37)**.

6-2 Leur lecture est automatisée.

Un des avantages des tests immunologiques est leur lecture automatisée qui permet une reproductibilité et un enregistrement des résultats sur l'automate. La lecture est aussi quantitative permettant de déterminer la concentration en hémoglobine et d'ajuster le seuil de positivité. Mais les prélèvements sont fragiles et craignent la chaleur. Pour le test Hemoccult II® la lecture est visuelle (coloration bleue) , qualitative (test positif ou négatif) et unique à 1 min, non-réanalysable, sans possibilité d'archivage du résultat.

Les tests immunologiques sont comme les tests au Gaïac non invasifs donc sans danger et reste peu coûteux. Le test FoB-Gold® coûte 8 euros lecture comprise. Le prix des autres tests doit être compris entre 8 et 10 euros le test lu.

Les tests immunologiques ne supportent pas l'exposition à des températures élevées. Un risque durant l'été de faux négatifs a été mis en évidence en Toscane et en Australie. Les conditions de transport des tests de dépistage doivent être adaptées.

6-3 Les tests immunologiques sont plus performants que les tests au Gaïac.

L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)(38) a recensé neuf études d'évaluation des tests immunologiques pour le dépistage des cancers colorectaux chez environ 86 000 personnes au total. Selon les tests et les seuils de positivité retenus, la sensibilité est comprise entre 61 et 89% et la spécificité entre 91 et 97%.

Les performances du test Magstream® ont été testées par les japonais Morikawa et al. **(39)** chez 21 805 volontaires âgés de 20 à 91 ans puis dans le Cotentin par Launoy et al. **(40)** chez 7 421 sujets âgés de 50 à 74 ans. Dans cette dernière étude , avec le seuil de positivité recommandé par le fabricant (20 ng d'hémoglobine/ ml), la sensibilité du test était de 0,85 pour les cancers (0,72-0,98) la spécificité de 0,94 (0,94-0,95) et la valeur prédictive positive pour les cancers est de 6% et de 28% pour les adénomes de plus d'un centimètre.

Castiglione et al. **(41)** ont analysé les cancers d'intervalle, les cancers retrouvés entre deux coloscopies de dépistage, pour retrouver une sensibilité du test immunologique de 0,715.

Puis les tests immunologiques ont été comparés aux tests au Gaïac en situation de dépistage et ils apparaissent plus performants.

En 2004 dans le Calvados chez 10 804 participants, Guittet et al. **(42)(43)** ont montré que la sensibilité du tests immunologique Magstream® pour un seuil de 20 ng/ml d'hémoglobine était augmentée de 50% par rapport au test au Gaïac. Van Rossum et al. **(44)** ont comparé chez 20 623 personnes le test Hemoccult II® et le test OC-Sensor®, le taux de cancers détectés était plus important avec le test immunologique.

L'étude HEMO présentée par Guy Launoy réalisée en 2009 dans l'Allier et le Cher comparait Hemoccult II®, Magstream® et OC-Sensor® chez 9 217 personnes. Il y avait une augmentation du taux de positivité pour l'OC-Sensor® mais sa supériorité doit être confirmé.

En 2012, Faivre et al. **(45)** a publié la suite des résultats de l'étude IGOR menée chez 85 149 patients âgés de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé en France. Le taux de détection des cancers était multiplié par 1,6 avec le FOB-Gold®, 1,7 avec le Magstream® et 2,1 avec l'OC-Sensor®. Le meilleur rapport coût-efficacité est celui obtenu pour un seul prélèvement avec le test OC-Sensor® (coût 2 171 euros par année de vie gagnée).

Les hollandais Hol et al. **(46)** et Guittet et al. **(41)** ont comparé les test OC-Sensor® et Hemoccult II® avec différents seuils de positivité.

Si le seuil de positivité est bas ou si le nombre de prélèvements augmente, la sensibilité du test est augmentée mais au prix d'une augmentation du taux de positivité avec plus de coloscopies à réaliser et plus de faux positifs. L'objectif est de trouver le seuil de détection idéal pour avoir un taux de positivité semblable à celui du test Hemoccult I®I mais un gain en sensibilité.

En 2011, plusieurs études médico-économiques sont en faveur d'un seul prélèvement **(47)**.

6-4 Mise en place des tests immunologiques en France

Pour l'HAS **(48)**, les données disponibles en 2008 sont suffisantes pour recommander le remplacement des tests au gaïac par les tests immunologiques.

La mesure 16.3 du plan cancer 2009-2013 **(33)** est de *«déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire »*.

En 2011, l'INCa rédige un rapport sur les modalités de migration vers ces nouveaux tests **(49)**.

La mise en route des tests immunologiques prévue pour 2013 se déroulera finalement en 2014. A ce jour, des détails techniques sont toujours à l'étude. Cinq laboratoires ont été retenus pour la lecture des tests.

Depuis le 9 Août 2013, les structures de gestion ne peuvent plus commander de tests Hemoccult II® .

Ensuite il y a eu un appel d'offre européen de 52 jours pour le choix du fournisseur de test immunologique.

Le test de la société Beckman Coulter sous le nom Hemoccult Autofit® (FIT : Fecal immunologic Test) pourrait être retenu. D'après cette société le test serait constitué d'un seul tube avec un écouvillon mais il y aurait 4 prélèvements à réaliser à 4 endroits différents des selles. Un délai de 7 à 10 jours entre la réalisation des prélèvements et la réception au laboratoire devra être respecté et le stockage devra se faire entre 2 et 30° (à plus de 30°, il ne reste que 20% des protéines à 5 jours).

Le test Magstream® déjà utilisé dans le Calvados pourrait aussi être retenu.

Le choix du test doit donc se faire ainsi que son seuil de positivité, le nombre de prélèvements, les modalités de transport aux centres de lecture réorganisés. Les structures de gestion devront communiquer ces informations aux médecins et les former. Elles devront également faire connaître ces nouveaux tests à la population afin de renforcer le bénéfice attendu sur le taux de participation.

6-5 Les tests immunologiques à l'étranger

La Belgique, l'Autriche, l'Italie (Toscane), l'Espagne (Catalogne) et les Pays-Bas utilisent le test immunologique OC Sensor® . La Slovaquie et l'Autriche projettent de l'utiliser.

La Slovénie utilise le test Magstream®.

6-6- Comparaison test immunologique et test Hemoccult II®

	Test Immunologique	**Hemoccult II®**
réaction	Spécifique de l'hémoglobine humaine	Non spécifique de l'hémoglobine humaine
modalité	1 ou 2 prélèvements sur 1 à 2 selles	6 prélèvements sur 3 selles
lecture	Lecture automatisée, reproductible, enregistrement des résultats, lecture quantitative	Lecture visuelle, unique lecture qualitative
sensibilité	70 à 85 %	50 à 60%
spécificité	95,00 %	98,00 %

Les études en population à risque moyen montrent que les tests immunologiques permettent de détecter 2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés que le test Hemoccult II® pour un nombre de coloscopies 2 à 4 fois plus important, selon la modalité d'utilisation considérée dans la plupart des études, mais variables selon le seuil de positivité et le nombre de prélèvements.

Pour un taux de positivité égal à celui du test Hemoccult II® (et donc pour le même nombre de coloscopies réalisées), les tests immunologiques permettent de détecter 1,2 à 1,3 fois plus de cancers et 1,5 à 2 fois plus d'adénomes avancés que le test Hemoccult II®.

7- Les autres dépistages

(50) (51) (52)

7-1- Les tests moléculaires

Leur principe repose sur la mise en évidence dans l'ADN fécal de mutations impliquées dans la transformation des adénomes en cancers (par exemple le gène APC) **(53)**. Ces techniques paraissent très sensibles et spécifiques. Des puces électroniques ou fecal multi-target DNA-based assay paned MTAP permettent d' automatiser la détection de ces mutations mais leur coût reste très élevé. Une étude de faisabilité évaluant une puce testant 19 mutations de l'ADN (Ki-ras, APC, p53 et BAT26), a mis en évidence une sensibilité de 91 % et une spécificité de 93 % pour le diagnostic des cancers colorectaux. Une limite à l'utilisation de ces méthodes dans le cadre d'un dépistage organisé pourrait être liée à la quantité et à la qualité de l'ADN fécal chez les patients sains. Un travail américain **(54)** mené sur 4 404 sujets a comparé un dépistage par MTAP, par recherche de saignement occulte dans les selles ou par coloscopie. La sensibilité du test recherchant 21 mutations était de 51,6% (95% IC=34,8% à 68%) pour la détection d'un adénocarcinome et de 15,1% (95% IC=12% à 19%) pour les adénomes de diamètre supérieurs à un centimètre.

Une meilleure acceptation du dépistage passerait par un test sanguin. En 2009, la firme belge OnCoMethylome sciences a présenté les résultats encourageants d'un nouveau test sanguin **(55)**. En 2013, après études **(56)** Epigenomics met son test Epi proColon ou Septine 9 sur le marché. La participation des patients est supposée être plus importante mais sa sensibilité est estimée à environ 67% et sa spécificité à 88%. La principale limite est le coût de 95 euros non pris en charge par l'Assurance maladie.

7-2- Les techniques endoscopiques

En 1998, l'Union européenne **(57)** suggère d'évaluer les performances de la sigmoïdoscopie flexible (RSS) comme méthode de dépistage.

La rectosigmoïdoscopie (RS)

Cet examen va permettre de visualiser la partie gauche du colon et de réaliser si besoin des biopsies.
Schoen et al. **(58)** sur 77 445 personnes ont démontré que le dépistage par sigmoïdoscopie flexible été associé à une diminution de 21% de l'incidence du cancer colorectal et de 50% de la mortalité.
Dans leur méta-analyse sur 416 159 sujets, Elmunzer et al. **(59)** ont montré que le dépistage par sigmoïdoscopie souple réduisait de 32% l'incidence du cancer colorectal et de 50% la mortalité.

La coloscopie totale

Depuis le début des années 1990, la coloscopie a remplacé le lavement baryté en double contraste pour le diagnostic des affections coliques.
C'est l'examen diagnostique du cancer colorectal. Il est proposé à toute la population à risque élevé. C'est aussi l'examen proposé lorsque le test par recherche de sang occulte est positif.
Récemment en septembre 2013 dans le New England Journal of Medicine, des chercheurs **(60)** en suivant sur 22 ans 88 902 patients du Massachusetts General Hospital ont démontré qu'il y a une réduction de la mortalité par cancer proximal du côlon de 53% si le dépistage est fait par coloscopie , cette baisse de la mortalité n'existe pas si le dépistage est fait par sigmoïdoscopie. Les participants à une coloscopie tous les dix ans réduiraient leur risque de cancer colorectal de 40%, de 61% pour les cancers du colon distal et de seulement 22% pour les cancers du colon proximal.

Au Canada et aux USA, 3 à 9 % des cancers colorectaux ont été manqués par la coloscopie. Ce chiffre a été obtenu en analysant les cancer découverts entre deux coloscopies de dépistage (les cancers d'intervalle).

Les avantages de la coloscopie sont contrebalancés par ses inconvénients : caractère invasif et coût.

Les principaux effets secondaires sont la perforation et l'hémorragie. Liebermann **(61)** faisait état de 3 complications/1000 coloscopies. Entre 2003 et 2010, Denis et al. **(62)** ont montré que sur 10 277 coloscopies effectuées après un test au gaïac positif : 250 effets indésirables ont été retenus dont 48 modérés à sévères. Ce taux est inférieur au taux d'effets indésirables pour des coloscopies en population standard (7,5 complications majeures et 100 mineures pour 1 000 coloscopies).
En 2011, l'Assurance maladie a publié un état des lieux de la pratique de la coloscopie en France **(32)**. Le taux de complications pour 10 000 procédures est de 15,2 perforations et de 20,9 hémorragies. Les complications sont beaucoup plus fréquentes chez les plus de 79 ans que dans la tranche d'âge 50-74 ans (population cible du dépistage organisé).

Le coût est plus important. Sharaf et Ladabaum en Janvier 2013, comparant les dépistages par coloscopie et sigmoïdoscopie **(63)** montre que le dépistage par coloscopie est supérieur pour le rapport coût-efficacité. L'accès à la coloscopie est aussi un critère dont il faut tenir compte.

A l'étranger, la coloscopie peut être proposée dans le cadre du dépistage organisé.

En 2000, la Société Américaine d'Endoscopie (ASGE) **(64)** recommande un test Hemoccult II® annuel à partir de l'âge de 50 ans, une RSS tous les cinq ans ou une coloscopie totale (CT) tous les dix ans (ASGE guidelines for CRC screening and surveillance). En 2009, ces recommandations sont révisées **(65)** : la coloscopie doit être proposée en première intention tous les 10 ans avec comme alternatives la

sigmoïdoscopie flexible tous les 5-10 ans ou le coloscanner tous les 5 ans. Si les patients refusent la coloscopie le premier test proposé est le test immunologique tous les ans, puis le test Hemoccult Sensa® ou la recherche d'ADN fécal tous les 3 ans.

Actuellement les canadiens recommandent pour la population à risque moyen âgée de 50 à 74 ans un test immunochimique tous les 1-2 ans ou une coloscopie tous les 10 ans. La rectosigmoïdoscopie peut être aussi proposée mais l'intérêt diminue avec l'âge car la prévalence des cancers proximaux augmentent **(66)**.

L'Allemagne a été le premier pays dès 1977, à proposer un dépistage du cancer colorectal par test de recherche de sang occulte dans les selles mais la participation en 2008 reste faible (10% des hommes et 20% des femmes) **(67)**. Depuis 2006, les personnes âgées de plus de 50 ans peuvent bénéficier du test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans ou après 55 ans ils peuvent préférer avoir une coloscopie répétée dix ans plus tard. Les taux de participation à la coloscopie entre 2003 et 2008 ont été bas. Ainsi seulement 15,5% des hommes et 17,2% des femmes de la population cible ont subi cet examen mais paradoxalement le taux de diagnostic de tumeurs a été important (tumeurs asymptomatiques chez un patient sur 100 et adénomes chez un patient sur 5).

La Pologne qui utilise aussi la coloscopie dans son programme de dépistage est aussi confrontée à une mauvaise adhésion de la population.

La coloscopie est un test diagnostic donc très sensible et reste efficace pour un dépistage organisé même en cas de mauvaise participation.

7-3- La coloscopie virtuelle (CV) ou coloscanner **(68)**

C'est une méthode développée depuis 1994. Cet examen comporte quatre phases : la préparation colique (plus courte que dans la coloscopie totale), la distension du côlon par un gaz, l'acquisition-reconstruction tomodensitométrique et enfin la lecture d'examen grâce à un logiciel dédié.

En 2010, l'HAS propose des indications et conditions de réalisation de la coloscopie virtuelle **(69)**. L'examen est indiqué en cas de coloscopie incomplète. S'il existe une suspicion de tumeur colique, mais aussi des comorbidités compromettant la sécurité de l'examen ou un refus d'exploration par coloscopie après information du patient : on peut proposer un coloscanner. La coloscopie est toujours l'examen à proposer si le test fécal est positif.

Ce test a encore des inconvénients : c'est un examen irradiant, coûteux, il n'existe pas encore de recommandations pour la conduite à tenir face à la découverte de lésions colorectales de moins de 6 mm (proposition d'une coloscopie ou pas).

Objectifs de l’étude: Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal dans les Pyrénées-Orientales et envisager des solutions

Le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus mortel en France.
Il a été démontré que dépister l'ensemble de la population âgée de 50 à 74 ans tous les deux ans par un test de recherche de sang occulte dans les selles (Hemoccult II®) permettait de réduire la mortalité de 16-18% si le taux de participation était de 50% **(21)**. Le dépistage organisé a été généralisé à toute la France en 2009 mais les taux de participation à la campagne 2011-2012 selon l'InVS restent faibles (31,7 %).

Le principal enjeu de santé publique est d'augmenter ce taux de participation en comprenant mieux les facteurs qui peuvent l'influencer.
Le rôle des médecins traitants dans la participation des patients a été mis en évidence dans les enquêtes auprès des patients.
Dans la première étude française en Bourgogne en 1991 **(70)**, les patients citent comme facteur de participation les explications du médecin traitant (55,7%).
Puis Launoy et al. dans le Calvados en 1993 **(71)** ont confirmé le lien entre la motivation du médecin généraliste et la participation du patient au test.
Dans l'étude Fado-colorectal en 2006 **(72)** les personnes participantes disent plus souvent « pouvoir parler de tout avec leur médecin » et avaient vu plus souvent leur médecin (au moins une consultation dans l'année).
Dans la première étude EDIFICE « Etude sur le Dépistage des cancers et ses facteurs de compliance » en 2005 **(31)**, une des raisons de non dépistage évoquée est « le médecin ne l'a pas proposé/recommandé » (19% de la population interrogée).

Dans l'enquête « les Français face au dépistage des cancers » en 2009 **(73)**, il est retrouvé que dans 50% des cas le dépistage du cancer colorectal a été réalisé à la demande d'un professionnel de santé et dans 30% des cas cela s'est fait à l'initiative du patient.
Dans l'étude de Fon Sing et al. **(74)** en 2010, il a été noté que parmi les personnes non-participantes 81,4% des sujets (75,2% des hommes et 86,3% des femmes) avaient vu un médecin généraliste dans les 12 derniers mois et n'ont pas été encouragées ou convaincues de faire le test. Pour les auteurs le rôle des médecins traitants dans le programme de dépistage doit être renforcé.
En 2007, une étude montpelliéraine par focus groupe sur des patients avait mis en évidence que les principales raisons évoquées pour ne pas participer étaient la nécessité de prendre contact avec le médecin et les problèmes logistiques, la lettre d'information était aussi parfois mal comprise **(75)**.
En 2008 dans le cadre d'une thèse de médecine générale dans l'Hérault sur 129 patients, l'on montre qu'il existe un lien significatif entre la participation et le fait que le médecin ait déjà parlé du cancer colorectal, le fait que le patient se sente concerné par ce dépistage, qu'il ait trouvé la lettre d'information motivante et qu'il connaisse les conditions de réalisation du test **(76)**.

Nous voyons donc le rôle très important des médecins généralistes, de leurs opinions et de leurs pratiques dans l'augmentation du taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal.

Peu d'enquêtes ont été réalisées auprès des médecins.
Durand et al.en 1992 **(77)** avaient interrogé les médecins généralistes sur leur vécu. Leur formation préalable apparaît comme un facteur essentiel de l'adhésion de la population, il faut que les médecins aient un rôle actif.
En 2008, l'étude Hémobstacle **(78)** réalisée dans le cadre d'une thèse dirigée par le Dr Aubin-Auger **(79)**, a analysé les obstacles à ce dépistage grâce à trois *focus groups* de 8 médecins généralistes.

Plusieurs thèses de médecine ont interrogé les médecins généralistes pour mieux connaître les facteurs de participation au dépistage organisé. En 2010, à la faculté de Montpellier, une étude par entretien téléphonique a comparé une population de médecins de l'Ille-et-vilaine et une population de médecins héraultais **(80)**. En 2011, à la faculté de médecine de Créteil, une thèse a utilisé la méthode de la recherche-action chez 21 médecins pour évaluer en conditions réelles les pratiques des médecins généralistes **(81)**.
L'enquête « Médecins généralistes et dépistage des cancers » en 2010 **(82)** permet de mieux connaître les opinions, connaissances et pratiques des médecins généralistes pour les cancers du sein, du col de l'utérus, de la prostate et colorectaux. Cette étude a mis en évidence que le dépistage du cancer colorectal était un dépistage encore peu inscrit dans la pratique du médecin.

Le département des Pyrénées-Orientales a été pilote avec un dépistage organisé du cancer colorectal débuté en 2004. Nous avons donc un recul de 10 ans. Pour la campagne départementale 2011-2012 , le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal était de 37,2%.

Le remplacement des tests au gaïac par les tests immunologiques est prévu pour mi-2014.

Notre étude a donc pour objectif de mieux identifier les facteurs de participation des médecins traitants, leurs opinions et leurs pratiques pour ensuite proposer des solutions visant à améliorer le taux de participation et préparer au mieux l'arrivée des nouveaux tests dans le département des Pyrénées-Orientales.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, réalisée à partir d'un questionnaire. La population étudiée est l'ensemble des 547 médecins généralistes installés dans les Pyrénées-orientales présents dans le fichier de la structure de gestion départementale Dépistages 66. Les médecins remplaçants ou installés très récemment sont exclus. Les médecins ne participant pas aux dépistages organisés et les médecins à mode d'exercice particulier sont inclus.

Il a été choisi d'envoyer le questionnaire à l'ensemble des médecins pour avoir un taux de réponses le plus significatif possible et le plus représentatif du département.

Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'un questionnaire adressé par courrier postal.

Une enveloppe T de retour était fournie par Dépistages 66 afin d'optimiser le taux de réponses.

L'élaboration du questionnaire s'est faite après revue de la littérature. La recherche bibliographique a été réalisée via la bibliothèque universitaire de l'UPM pour emprunt de livres et de thèses, via Internet avec recherche sur les sites nationaux (HAS, InVS, INCa...) et dans les moteurs de recherche comme Pubmed avec pour mots-clés : « physicians », « colorectal cancer », « screening », « faecal-occult-blood », « immunochemical test »...

La relecture du questionnaire a été faite par 4 médecins généralistes.

Il était accompagné d'une lettre d'information sur le dépistage organisé du cancer colorectal. Cette lettre avait pour but de susciter l'intérêt des médecins généralistes en mettant en avant leur rôle dans le dépistage et mentionnait les résultats départementaux du dépistage organisé.

Le questionnaire sur une page A4 recto-verso reprenait le thème de l'étude : le dépistage organisé du cancer colorectal avec le logo officiel associé (le ruban bleu), et la mention « Donnez-nous votre avis ! ». **(questionnaire de l'étude: annexe 7)**

A la fin du questionnaire des informations personnelles étaient demandées dont les noms et prénoms afin de pouvoir corréler les données de chaque questionnaire avec le nombre de tests Hemoccult II® effectués par les patients de chaque médecin.

La plupart des questions étaient fermées et à choix multiples avec quelques questions ouvertes.

Le recueil s'est déroulé du 31 Janvier au 11 Avril 2013.

Les questionnaires ont été récupérés par dépistages 66. 4 questionnaires sont arrivés après l'analyse des résultats. Ils ne figurent pas dans les résultats chiffrés, seules les réponses aux questions ouvertes ont été prises en compte.

Une base de données a été créée avec le logiciel « calc d'open office » pour l'analyse des questions fermées.

Les réponses au questionnaire ont été comparées entre les caractéristiques des médecins par un test du Chi-2. A défaut, si les conditions de réalisation de ce test n'étaient pas respectées, le test exact de Fisher a été utilisé. Le seuil de signification a été fixé à 5% pour tous les tests réalisés. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS version 9 (SAS Institute, Cary, N.C.).

Les réponses aux questions ouvertes sont toutes retranscrites en annexe. La ponctuation a été conservée, les termes abrégés ou sigles ont été réécrits pour faciliter la compréhension. **(réponses aux questions ouvertes: annexe 8)**

Résultats

169 questionnaires ont été renvoyés donc un taux de réponse de 30,9 %.
Un questionnaire a été renvoyé non rempli.
4 questionnaires n'avaient pas le verso rempli.

Le profil des médecins

➢ Leur sexe :

Parmi les médecins interrogés il y a 116 hommes (71,6%) et 46 femmes (28,4%). (7 valeurs manquantes).

➢ Leur âge :

27 médecins (16,7%) ont moins de 45 ans, 52 (32 ,3%) ont entre 45 et 54 ans et 82 (50,9%) ont 55 ans et plus. (8 valeurs manquantes)
Pour l'analyse statistique, nous comparons 2 groupes de puissance statistique satisfaisante : les moins de 55 ans (49,1%) et les plus de 55 ans (50,9%).

➢ Leur lieu d'exercice :

45 médecins (28,7%) exercent en milieu urbain, 86 (54,8%) en milieu semi-rural et 26 (16,6%) en milieu rural. (12 valeurs manquantes).
Deux groupes sont étudiés : les médecins exerçant en milieu urbain (28,7%) et les médecins exerçant en milieu semi-rural ou rural (71,3%).

➢ Leur mode d'exercice :

68 médecins (43,3%) exercent seul et 89 médecins (56,7%) exercent en cabinet de groupe. (12 données manquantes).

➢ Leur moyenne de consultations par jour :

21 médecins (13,2%) ont une moyenne de consultations par jour inférieure à 15
65 médecins(40,9%) ont une moyenne comprise entre 16 et 25 consultations
73 médecins (45,9%) ont plus de 25 consultations par jour. (10 données manquantes)
Ses données sont aussi regroupées pour l'analyse : 54,1% des médecins ont en moyenne moins de 25 consultations par jour et 45,9% disent en avoir plus de 25.

➢ L'informatisation du cabinet :

132 médecins (82,5%) disent avoir un cabinet informatisé. (9 données manquantes)

➢ L'utilisation du logiciel Apicrypt :

72 médecins (45,3%) utilisent le logiciel de transmissions de données Apicrypt. (10 données manquantes).

Question 1 : Pensez-vous que le dépistage du cancer colorectal constitue un acte de prévention dont l'efficacité est prouvée ?

99 médecins (59,3%) ont répondu oui tout à fait
60 médecins (35,9%) ont répondu oui assez
5 médecins (3,0%) ont répondu non
3 médecins (1,8%) ont répondu ne sait pas

En comparant les réponses « oui tout à fait » et « oui assez , non ou ne sait pas » selon les groupes de sexe, d'âge, de lieu, le nombre moyen de consultations par jour, le fait d'avoir un cabinet informatisé ou d'utiliser Apicrypt, il n'a pas été mis en évidence de différence significative

Il existe une différence significative si on compare les deux groupes de réponse au mode d'exercice des médecins. Les médecins exerçant en cabinet de groupe sont plus

nombreux à répondre « oui tout à fait » (66%) que les médecins exerçant en cabinet individuel (49%) (p=0,032).

La réponse pouvait être argumentée.

- 42 médecins ont complété leur réponse « oui tout à fait ».

2 médecins mentionnent le fait que le cancer colorectal soit un cancer fréquent, 2 autres signalent que le dépistage permet de « *reprendre les antécédents familiaux de polype ou cancer colorectal et de choisir la coloscopie plutôt que l'Hemoccult* », « *d'orienter les patients à risque vers le gastro-entérologue* ». Pour certains praticiens la « *réduction de la mortalité par cancer du colon* » , « *les argumentaires même du dépistage organisé* », « *les résultats de Dépistages 66* » les convainquent de l'intérêt du test.

11 médecins parlent de leur expérience personnelle : « *j'ai eu plusieurs diagnostics précoces de cancer colorectal grâce au test Hemoccult : cela a fini par me convaincre* », 5 médecins insistent sur le fait que les découvertes ont été faites chez des patients asymptomatiques « *le dépistage a permit à plusieurs reprises d'éliminer des adénomes ou des cancers sans signes cliniques associés* ».

4 autres médecins argumentent leur réponse par le fait que le dépistage permet la « *découverte de néoplasie à un stade précoce* ».

4 médecins soulignent la simplicité ou faisabilité du test ainsi que son innocuité.

Un médecin parle de « *vraie prévention* ».

« *Malgré les faux positifs et les faux négatifs le test est simple à réaliser et accessible à toute la population ciblée avec un taux de fiabilité* », il y a un « *bon rapport bénéfice/risque innocuité faisabilité* ». Certains médecins se questionnent : un taux d'efficacité de « *45% à mon avis* », une efficacité prouvée si le « *taux de participation est supérieur à 55%* » ?

Les médecins ayant répondus « oui assez » mentionnent les « *faux positifs nombreux* », leurs doutes en cas « *d'hémorroïdes ou de fissures anales* », les « *faux négatifs* », « *un test non fiable à 100%* », « *le taux de participation insuffisant qui diminue l'efficacité* », le fait que « *les spécialistes ne sont pas convaincus* ».

Parmi les 5 médecins ayant répondu « non », deux médecins signalent les « *nombreux faux positifs* » et un mentionne que « *les études (prescrire, la recherche) semblent discordantes concernant l'efficacité de ce type de dépistage* ».

Un médecin ayant répondu « ne sait pas » parle aussi de son expérience personnelle et des faux positifs « *tous les Hemoccult positifs se sont avérés normaux à la coloscopie* ».

Question 2-a: Vérifiez-vous lors de chaque consultation le dépistage organisé du cancer colorectal (test Hemoccult II®) ?

Sur 167 réponses, 20 médecins (12,0%) ont répondu « systématiquement », 80 médecins (47 ,9%) ont répondu « souvent », 58 (34,7%) ont répondu « parfois » et 9 (5,4%) ont répondu « jamais ».

Pour l'analyse, les réponses des questions 2-a, 2-b, 2-c et 2-d ont été regroupées en deux groupes « systématiquement ou souvent » versus « parfois ou jamais ».
59,9% des médecins disent vérifier « systématiquement » ou « souvent » que le dépistage du cancer colorectal est fait.

Question 2-b: Vérifiez-vous lors de chaque consultation le dépistage organisé du cancer du sein (mammographie) ?

Sur 166 réponses) 35 médecins (21,1%) ont répondu « systématiquement », 90 médecins (54,2%) ont répondu « souvent », 38 (22,9%) ont répondu « parfois » et 3 (1,8%) ont répondu « jamais ».

75,3% des médecins disent vérifier « systématiquement » ou « souvent » que leurs patientes effectuent la mammographie.
Les femmes (87%) vérifient plus « systématiquement » ou « souvent » que la mammographie a été faite par rapport aux hommes (70%) (p=0,025).

Question 2-c : Vérifiez-vous lors de chaque consultation le dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis) ?

Sur 165 réponses) 21 médecins (12,7%) ont répondu « systématiquement », 67 médecins (40,6%) ont répondu « souvent », 68 (41,2%) ont répondu « parfois » et 9 (5,5%) ont répondu « jamais ».
53,3% des médecins disent vérifier « systématiquement » ou « souvent » que leurs patientes effectuent le frottis.
Les femmes vérifient plus le dépistage du col de l'utérus : 82 % des femmes répondent « systématiquement » ou « souvent » contre 41% des hommes. (p=0,000002)

Il y 11 médecins sur 166 médecins interrogés qui déclarent vérifier les trois dépistages (sein, colorectal et col de l'utérus) systématiquement (soit 6,63%).
Il y a 19 médecins sur 167 qui déclarent vérifier les deux dépistages organisés (sein et colorectal) systématiquement (soit 11,38%).
Les médecins qui déclarent ne vérifier systématiquement aucun des trois dépistages (ni sein, ni colorectal, ni col utérin) sont 126 sur 166 soit 75,90%.

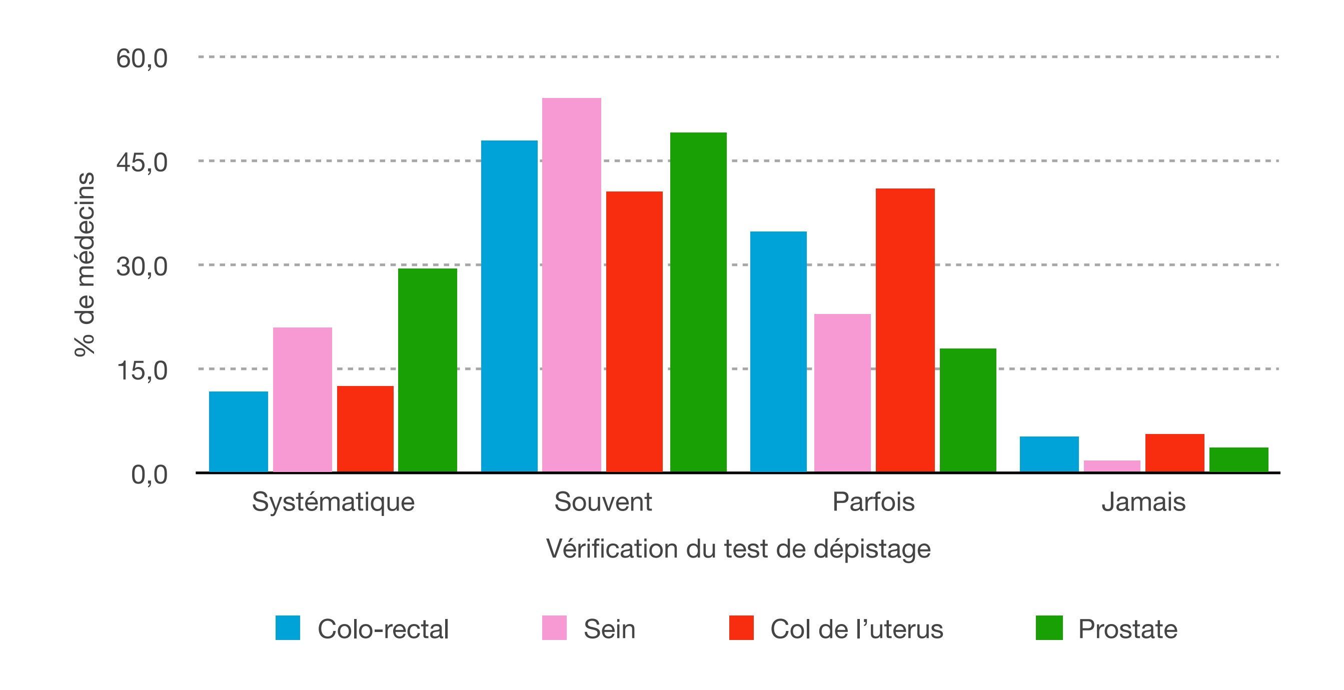
Question 2-d : Vérifiez-vous lors de chaque consultation le dépistage du cancer de la prostate ? (taux de PSA)

Sur 163 réponses) 48 médecins (29,4%) ont répondu « systématiquement », 80 médecins (49,1%) ont répondu « souvent », 29 (17,8%) ont répondu « parfois » et 6 (3,7%) ont répondu « jamais ».

78,5% des médecins disent vérifier « systématiquement » ou « souvent » que le taux de PSA est fait par leur patient.

Les médecins exerçant en milieu rural et semi-rural sont plus nombreux à vérifier « systématiquement » ou « souvent » le dépistage du cancer de la prostate (84%) que les médecins exerçant en milieu urbain (61%) (p=0,002)

Comparaison des résultats pour les 4 dépistages :



question 3 : Utilisez-vous un logiciel avec un système d'alarme pour vérifier systématiquement ces dépistages ?

23 médecins sur 167 (13,8%) ont répondu « oui »(167 réponses).
Parmi les réponses négatives 109 médecins étaient informatisés et les dépistages cités sont variés selon les médecins : sein et colon, sein et prostate, frottis et prostate... Un médecin signale qu'il est difficile de mettre en action tous les systèmes de prévention, dépistages, vaccin.

Les médecins âgés de moins de 55 ans sont significativement plus nombreux (20%) à utiliser un logiciel avec système d'alarme que les plus de 55 ans (8,6%) (p=0,036) ainsi que les médecins exerçant en milieu urbain (24% par rapport aux autres 9,9%) (p=0,018).

Si oui quels dépistages ?

7 médecins ont cité des dépistages. Les dépistage du cancer du sein par mammographie, du cancer colorectal par test Hemoccult II® et du cancer de la prostate (taux de pSA) ont été cité 5 fois chacun . Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis a été cité 3 fois. Les combinaisons de dépistages vérifiés par ces logiciels sont diverses. Un praticien dit mentionner les dépistages « *qui me paraissent utiles* » et un autre signale qu'il est difficile de mettre en action tous les systèmes de prévention, dépistages, vaccins.

Question 4-a : Pensez-vous ne pas aborder suffisamment ce sujet par oubli ?

72 médecins soit 45% ont répondu « oui » (160 réponses).

Les médecins exerçant en cabinet de groupe sont plus nombreux (53%) à citer l'oubli comme facteur que les médecins exerçant en cabinet individuel (32%) (p=0,012).

Question 4-b : Dans ce cas là, pensez-vous qu'un logiciel d'alarme pourrait vous être utile ?

60 médecins soit 65,2% ont répondu « oui » (92 réponses).
Parmi les médecins informatisés, 53 médecins soit 72% ont répondu « oui ».

Question 4-c: Pensez-vous ne pas aborder suffisamment ce sujet par manque de temps ?

74 médecins (55,6%) ont répondu « oui » (132 réponses).

Les médecins ayant plus de 25 consultations par jour citent plus fréquemment le manque de temps (64%) que les autres (45%) (p=0,033).

18 médecins non informatisés ont répondu à la question et parmi eux 31% citent le manque de temps , contre 60% des médecins informatisés (p=0,089).

Question 4-d : Pensez-vous ne pas aborder suffisamment ce sujet car la consultation porte sur un motif aigu?

101 médecins (76,5%) ont répondu « oui »(133 réponses).

Question 4-e : Pensez-vous ne pas aborder suffisamment ce sujet car vous pensez que le patient ne sera pas réceptif à l'information ?

14 médecins (10,9%) ont répondu « oui » (128 réponses).

Question 4-f : autre

Sept médecins ont complété cette question. Deux médecins avaient répondu « non » à toutes les questions et disent qu' « *on ne peut pas penser à tout en médecine générale avec la plupart du temps plusieurs motifs de consultation par patient* » ou disent y penser systématiquement. Les autres disent vérifier chaque thème chaque année systématiquement, compter sur Dépistages 66 pour les rappels aux patients concernant l'Hemoccult II® et la mammographie, ou compter sur le patient « *quand le patient se sent concerné, il apporte son test de dépistage* ».

Question 5-a: Considérez-vous la consultation concernant le test Hemoccult II® comme : très facile, facile, difficile ou très difficile ?

Sur 165 réponses, 60 médecins (36,4%) ont répondu « très facile », 98 médecins (59,4%) ont répondu « facile », 7 médecins (4,2%) ont répondu « difficile ».
Pour l'analyse les réponses des questions 5-a, 5-b et 5-c ont été regroupés en deux groupes : « très facile » versus « facile, difficile ou très difficile ».

Les femmes ont significativement plus répondu « très facile » (50%) que les hommes (31%) (p=0,022) et il existe une tendance à montrer que les médecins ayant plus de 25 consultations par jour sont plus nombreux à répondre « très facile » (44% versus 31% , p=0,073).

Question 5-b : Considérez-vous les explications sur l'intérêt du dépistage organisé du cancer colorectal lors d'une première demande : très facile, facile, difficile ou très difficile ?

Sur 166 réponses, 58 médecins (34,9%) ont répondu « très facile », 100 médecins (60,2%) ont répondu « facile », 8 médecins (4,8%) ont répondu « difficile ».

Les femmes ont significativement plus répondu « très facile » (49%) que les hommes (29%) (p=0,016).

Question 5-c : Considérez-vous les explications pratiques et la délivrance du test : très facile, facile, difficile ou très difficile ?

Sur 166 réponses, 52 médecins (31,3%) ont répondu « très facile », 106 médecins (63,9%) ont répondu « facile », 8 médecins (4,8%) ont répondu « difficile ».

Les femmes ont significativement plus répondu « très facile » (44%) que les hommes (27%) (p=0,033) ainsi que les médecins ayant plus de 25 consultations par jour (42%) par rapport à ceux en ayant moins (26%) (p=0,036).

Question 5-d : Selon vous, comment améliorer cette procédure ?

Les propositions concernent la procédure pour les patients : « *la fiche d'invitation au test qui semble mal comprise pour beaucoup de patients : ils pensent plus ou moins systématiquement à la coloscopie et au cancer alors que ce n'est q'un dépistage et recueil de selles. La présentation de cette fiche semble présenter un problème pour certain...* », « *cela manque de schéma car certaines personnes ne savent pas lire* ».

Le test est également cité : « *trop de manipulations pour le patient* ». Les médecins veulent « *un test moins contraignant* » , « *plus spécifique* ». Un des généralistes ayant répondu difficile à la question sur les explications de l'intérêt du dépistage dit qu'il souhaite un test « *plus fiable* ».

Pour les médecins généralistes, la procédure paraît s'être « *complexifiée ces dernières années* », avec plusieurs médecins qui soulignent parfois leur « *ras-le-bol* » concernant « *le jeu des étiquettes* » et doute de « *l'intérêt de la fiche d'inclusion qui multiplie l'obligation de remplir des cases et de coller des étiquettes* ». Certains médecins pensent qu' «*il s'agit d'une charge corvée supplémentaire qui vous est imposée (et non rémunérée) donc mal acceptée* » et peuvent répondre difficile aux 3 questions précédentes en évoquant le côté « *très chronophage* ».

Les propositions sont d'améliorer les explications pratiques du test par « *par une information grand public (radio, télévision, journaux), posters dans la salle d'attente* », en faisant un « *QR code sur le test avec vidéo sur smartphone pour expliquer la procédure* ». Deux médecins ayant répondu « difficile » pour les explications pratiques et la délivrance du test ont proposé d ' « *adresser directement les produits au laboratoire biologique » et de simplifier la partie administrative afin de consacrer le temps gagné à mieux expliquer l'intérêt et la technique du recueil ».*

Certains points sont positifs : « *nous sommes rodés depuis plus de 10 ans* », « *pas d'idée déjà simple et rapide* », « *actuellement très bonne information des patients et très bonne acceptabilité* », « *je n'ai pas de difficulté particulière pour inciter les patients à réaliser le test, ni à l'expliquer : le discours finit par être « rodé » à force de la répéter* ».

Le fait de parler de consultation concernant le test Hemoccult II®a amené certaines discussions car pour certains «l*a consultation test Hemoccult n'existe pas c'est une demande en plus d'une autre* ».

6-a : Lors de la dernière délivrance de test Hemoccult II®, le patient venait-il en consultation : uniquement pour ce motif ?

Sur 148 réponses, 24 médecins (16,2%) ont répondu « oui » et 124 médecins (83,8%) ont répondu « non ».
Il existe une tendance à la significativité à montrer que les médecins non informatisés ont plus répondu « oui » à la question (29% versus 13%, p=0,065). Les médecins n'utilisant pas Apycript sont significativement plus nombreux aussi à avoir répondu « oui »(22% versus 7,6%, p=0,020).

6-b : Lors de la dernière délivrance de test Hemoccult II®, le patient venait-il en consultation : avec un autre motif mais il s'agissait de sa demande principale ?

Sur 140 réponses, 28 médecins (20%) ont répondu « oui » et 112 médecins (80%) ont répondu « non ».
Si on enlève les médecins ayant répondu « oui » à la question 6-a , 19 médecins (15,6%) ont répondu « oui » et 103 (84,4%) ont répondu « non ».

Il existe une tendance à la significativité sur le fait que les médecins exerçant en milieu rural et semi-rural ont plus répondu « oui » (19% versus 6,1%, p=0,087).

6-c : Lors de la dernière délivrance de test Hemoccult II®, le patient venait-il en consultation : pour un autre motif principal ?

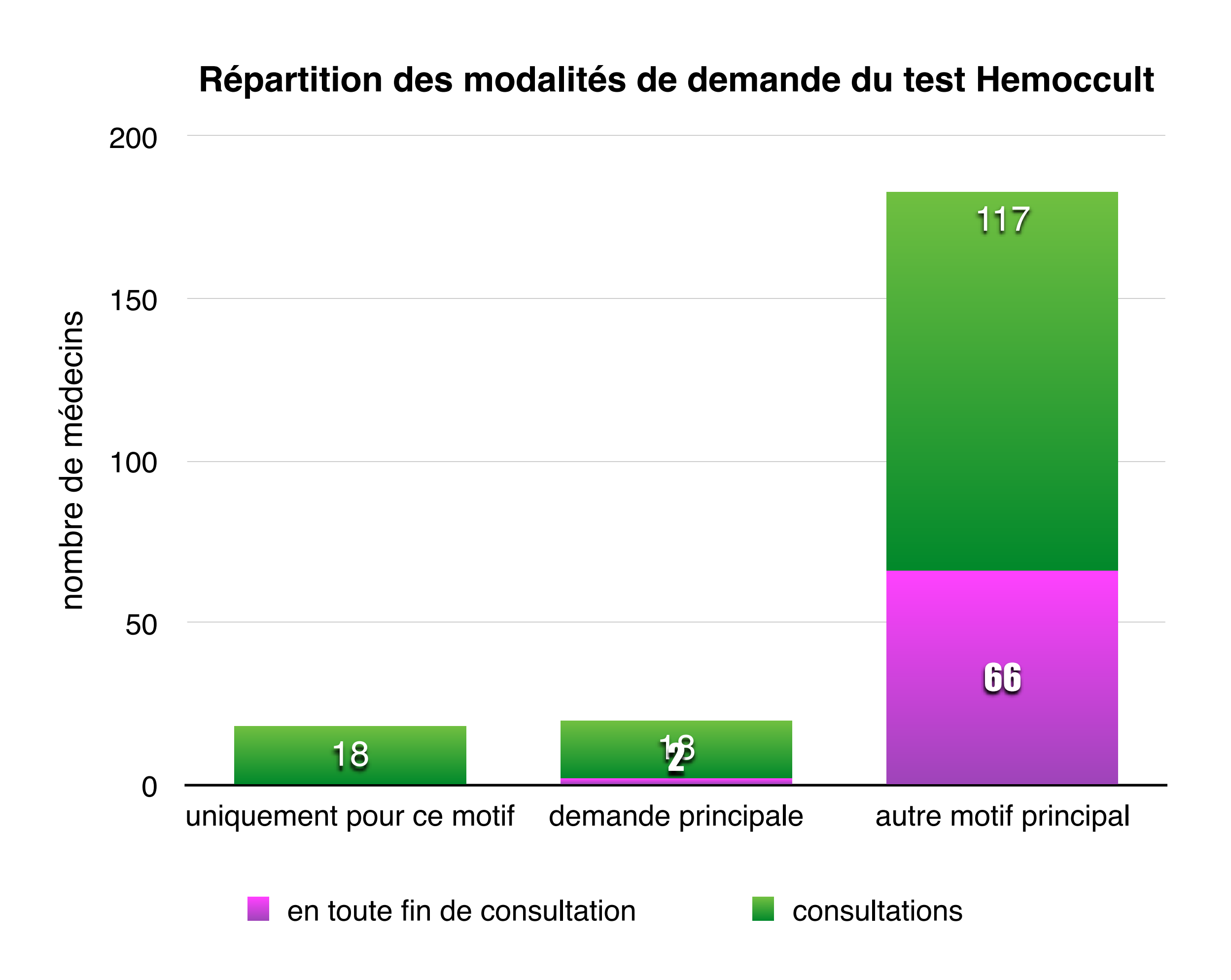
Sur 139 réponses, 117 médecins (84,2%) ont répondu « oui » et 22 médecins (15,8%) ont répondu « non ».
Sur les 101 médecins qui n'ont pas répondu « oui » aux questions 6-a et 6-b, 99 (98%) ont répondu « oui » à cette question.

6-d : La demande a -t-elle eu lieu en toute fin de consultation (comme une formalité) ?

Sur 141 réponses, 78 médecins (55,3%) ont répondu « oui » et 63 médecins (44,7%) ont répondu « non ».
Parmi les réponses « oui », 66 appartenaient aux médecins ayant répondus « oui » à la question 6-c « le patient venait pour un autre motif principal ».

Comparaison entre les résultats des questions précédentes :

Certains médecins ont répondu oui pour plusieurs des 3 questions. Pour pouvoir comparer les trois types de demande du test Hemoccult II®, dans le graphique, nous avons gardé uniquement les médecins qui avaient répondu « oui » à une seule des trois questions.



7- Est-ce que la demande et délivrance de test Hemocccult II® doit faire l'objet d'une consultation dédiée ?

Sur 160 réponses, 54 médecins (33,75%) pensent que « oui », 85 médecins (53,125%) pensent que « non » et 21 médecins (13, 125%) ne savent pas.
Pour l'analyse les médecins ayant répondus « ne sait pas » ne sont pas pris en compte car leurs caractéristiques ne peuvent pas être corrélés à une réponse particulière, soit sur 139 médecins 38,8% ont répondu « oui » et 61 ,2% ont répondu « non ».

Les médecins exerçant en cabinet de groupe sont plus nombreux à avoir répondu « oui » (48% versus 28%, p=0,017).

Les médecins ayant répondu « oui » argumentent leur réponse par le « *temps passé pour l'explication de l'intérêt et du déroulement* », surtout si la demande à lieu « *en fin de consultation longue* », et que cette consultation dédiée permettrait d'éviter les oublis.

Les médecins ayant répondu « non » évoque le coût pour les patients, que le test reste « *rapide à expliquer et délivrer* », que souvent le test est sorti en toute fin de consultation.

8- Comment estimez-vous les connaissances des patients vis-à-vis du dépistage organisé du cancer colorectal ?

Sur 161 réponses, 3 médecins (1,9%) les estiment très bonnes, 68 médecins (42,2%) les estiment bonnes , 87 médecins (54,0%) les estiment insuffisantes et 3 médecins disent ne pas savoir.

Pour l'analyse on a comparé les médecins ayant répondu connaissances « très bonnes ou bonnes » (44,1%) versus les médecins ayant répondu connaissances « insuffisantes ou ne sait pas » (55,9%).

Il existe une tendance sur le fait que les médecins exerçant en milieu rural et semi-rural sont plus nombreux à avoir répondu que les connaissances étaient « très bonnes» ou « bonnes » (48% versus 33%, p=0,010).

9-a : D'après votre expérience, comment les patients se représentent-ils le test Hemoccult II® : par rapport à la mammographie (si ce sont des femmes) ?

Sur 162 réponses, 51 médecins (31,5%) répondent aussi indispensable, 9 (5,6%) répondent plus indispensable, 84 (51,9%) répondent moins indispensable, et 18 (11,1%) répondent ne pas savoir.
Pour l'analyse, on a retenu les 144 médecins avec une opinion. 41,7% pensent que les patients considèrent le test Hemoccult II® comme aussi ou plus indispensable que la mammographie, 58,3 % pensent qu'ils le considèrent comme moins indispensable.

Les médecins femmes sont plus nombreuses à penser que les patientes se représentent le test Hemoccult II® comme moins indispensable (73% versus 53% pour les hommes, p=0,027).
Les médecins âgés de moins de 54 ans sont également plus nombreux à avoir cette opinion (69% versus 48% , p=0,011).

9-b : D'après votre expérience, comment les patients se représentent-ils le test Hemoccult II® : par rapport au frottis (si ce sont des femmes) ?

Sur 162 réponses, 49 médecins (30,2%) répondent aussi indispensable, 26 (16,0%) répondent plus indispensable, 65 (40,1%) répondent moins indispensable, et 22 (13,6%) répondent ne pas savoir.
Pour l'analyse , on a retenu les 140 médecins qui ont une opinion. 53,6% pensent que les patients considèrent le test Hemoccult II® comme aussi ou plus indispensable que le frottis, 46,4% pensent qu'ils le considèrent comme moins indispensable.

Les médecins femmes sont plus nombreuses à penser que les patientes se représentent le test Hemoccult II® comme moins indispensable que le frottis (61% versus 41% pour les hommes, p=0,045) .
Les médecins âgés de moins de 54 ans sont également plus nombreux à avoir cette opinion (58% versus 36% , p=0,015).

9-c : D'après votre expérience, comment les patients se représentent-ils le test Hemoccult II® : par rapport au taux de PSA (si ce sont des hommes) ?

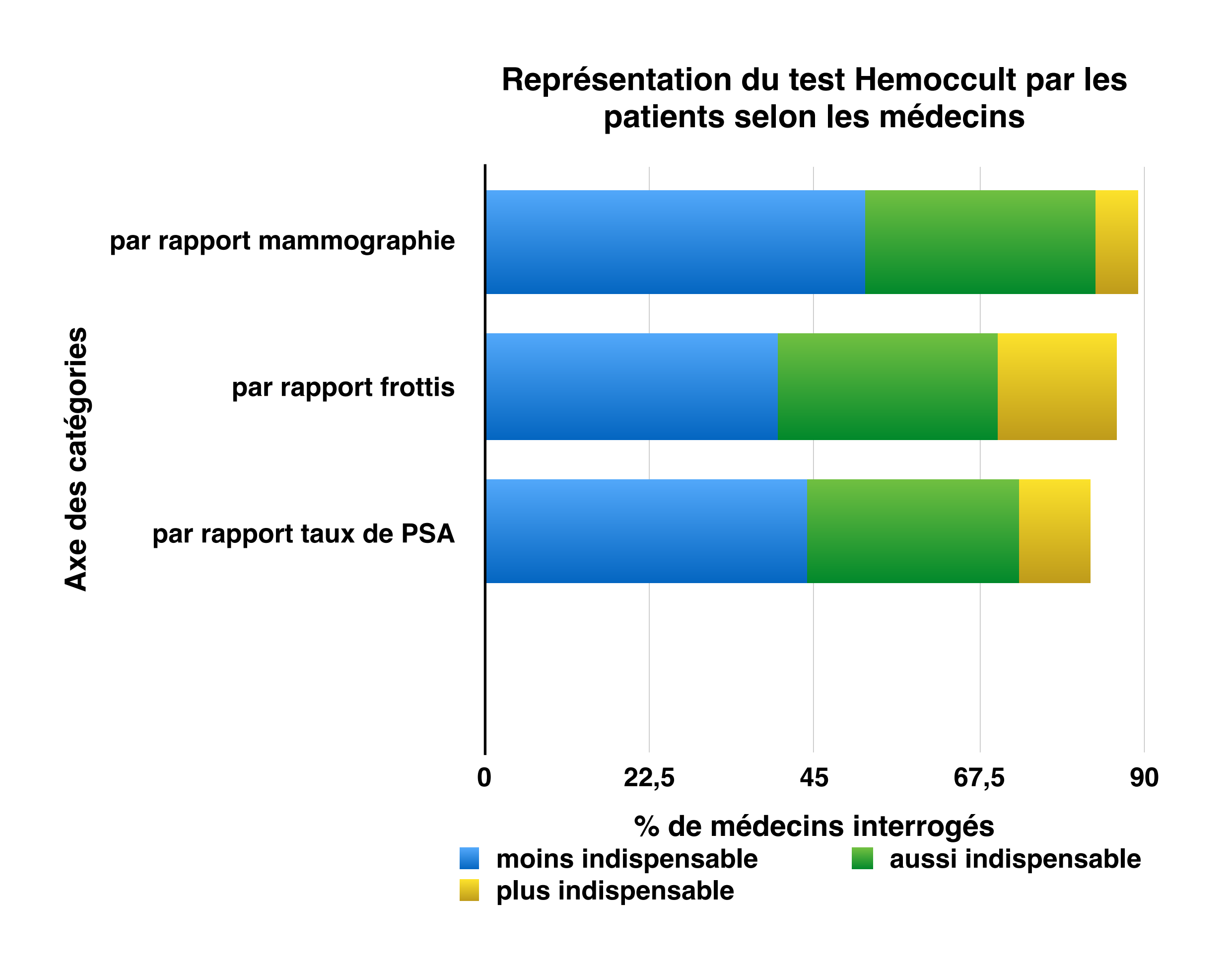
Sur 161 réponses, 46 médecins (28,6%) répondent aussi indispensable, 16 (9,9%) répondent plus indispensable, 71 (44,1%) répondent moins indispensable, et 28 (17,4%) répondent ne pas savoir.
Pour l'analyse , on a retenu les 133 médecins qui avaient une opinion. 46,6% pensent que les patients considèrent le test Hemoccult II® comme aussi ou plus indispensable que le taux de PSA, 58,4 % pensent qu'ils le considèrent comme moins indispensable.

Il n'y a pas de différence significative pour le sexe des médecins : 51% des hommes et 61% des femmes pensent que le test Hemoccult II® est considéré par les patients comme moins indispensable que le taux de PSA.

Les médecins qui ont en moyenne plus de 25 consultations par jour pensent plus que les patients voient le test Hemoccult II® comme moins indispensable que le taux de PSA (66% versus 43%, p=0,008).

Il existe une tendance au fait que les médecins âgés de moins de 54 ans pensent plus que les patients voient le test Hemoccult II® comme moins indispensable (62% versus 46% , p=0,067) ainsi que les médecins informatisés (57% versus 36% , p=0,711).

Comparaison entre les résultats des 3 questions précédentes :



10- Pensez-vous que l'utilisation du test est simple pour les patients ?

Sur 159 réponses, 120 médecins (75,5%) ont répondu « oui » et 23 médecins (14,5%) ont répondu « non » et 16 médecins (10%) ne savent pas.

Les réponses différent significativement selon le sexe (p=0,015). Les femmes sont 95% à penser que le test est simple pour les patients contre 79% des hommes.

11- Avez-vous déjà entendu parler du nouveau test immunologique ?

Sur 161 réponses, 48 médecins (29,8%) ont répondu « oui » et 113 médecins (70,2%) ont répondu « non ».
Il existe une tendance à la significativité sur le fait que les médecins exerçant en cabinet individuel ont plus répondu « oui » (38% versus 24%, p=0,052).
Les taux différent significativement selon que le médecin possède le logiciel Apicrypt ou non.
40 % des médecins ayant le logiciel ont déjà entendu parler des tests immunologiques contre 21% des médecins n'ayant pas le logiciel (p=0,008).

12- Pensez-vous que ce nouveau test va améliorer le taux de participation des patients ?

Sur 156 réponses, 27 médecins (17,3%) ont répondu « oui » et 8 médecins (5,1%) ont répondu « non » et 121 médecins (77,6%) ont dit qu'ils ne savaient pas.
Pour l'analyse, les réponses ont été regroupés en 2 groupes : 17,3% de réponses « oui » et 82,7% de réponses « non » ou « ne sait pas ». Le groupe de médecins ayant répondu « non » est trop restreint pour permettre des corrélations.

13- Etes-vous favorable à sa mise en place ?

Sur 157 réponses, 70 médecins (44,6%) ont répondu oui, 46 médecins (28,4% ont dit qu'ils ne savaient pas. Aucun médecin n'a répondu non.

14- Selon vous, comment améliorer le taux de participation à la campagne organisée du cancer colorectal ?

Trente-sept médecins proposent de renforcer les campagnes d'information aux patients grâce aux médias (publicité, télévision, radios) ou par l'affichage dans les salles d'attente.

Pour certains le test est difficile à effectuer pour les patients: « *il faudrait un test moins contraignant, très simple avec très peu de manipulation* ». Le test est aussi difficile à comprendre, il faudrait « *un petit feuillet explicatif sur les chiffres du cancer colorectal en même temps que l'on envoie le dépistage* ».

Le test est parfois aussi difficile pour les médecins : « *Nous ne sommes pas des colleurs d'étiquette !! ras le bol !! Le dépistage doit être considéré comme un acte médical rémunéré ou être totalement organisé par un organisme indépendant* », ils veulent « *connaître la liste des patients ayant été avertis et liste de ceux qui ont participé* ». Les praticiens ont conscience de leur rôle : « *à nous d'essayer de convaincre les patients* », de « *motiver le patient* » , en utilisant des logiciels avec système d'alarme , et de leurs limites : « d*ifficile ! Et prendre patience...* ».
Ils évoquent la possibilité « *d'une consultation dédiée* », « *d'une consultation spécifique* », « *la mise en place d'une véritable consultation de prévention* » et de rendre le dépistage obligatoire (mentionné par 4 médecins).

Les principaux résultats de l'enquête

Des résultats encourageants :

Les médecins généralistes interrogés sont en majorité convaincus de l'efficacité du dépistage du cancer colorectal comme acte de prévention principalement par leur expérience.

Plus de la moitié des médecins interrogés disent vérifier systématiquement ou souvent que le dépistage organisé du cancer colorectal est fait chez leurs patients.

Un tiers des médecins généralistes considèrent la consultation concernant le test Hemoccult comme très facile, et 95% la considèrent très facile ou facile.

Mais le dépistage organisé du cancer colorectal est moins souvent vérifié que le dépistage du cancer du sein (mammographie) et que le dépistage du cancer de la prostate (taux de PSA).

Principales difficultés pour les médecins :

L'oubli :

Presque la moitié des médecins disent ne pas aborder suffisamment le dépistage du cancer colorectal à cause de l'oubli et les deux tiers pensent qu'un logiciel d'alarme leur serait utile. Il ne sont que 13,8% à avoir un logiciel avec un système d'alarme.

Le manque de temps :

55,6% des médecins pensent ne pas aborder suffisamment le sujet par manque de temps.

La consultation pour un autre motif :

Les trois quarts des médecins pensent ne pas aborder suffisamment le sujet car la consultation porte sur un motif aigu. Dans l'enquête , 84,2% des médecins ont dit que le patient venait en consultation pour un autre motif principal et dans la moitié des cas

la demande de test Hemoccult II® a eu lieu en toute fin de consultation comme une formalité.

Une solution : la consultation dédiée

Devant l'oubli, le manque de temps et les difficultés liées à la gestion d'autres motifs de consultations, la question d'une consultation dédiée s'est posée. Les médecins sont divisés avec une légère majorité contre.

Les difficultés liées aux patients :

Selon les médecins, les patients considèrent le test comme simple.

Par contre un peu plus de la moitié des médecins interrogés pensent que les connaissances des patients sur le dépistage organisé du cancer colorectal sont insuffisantes.

La majorité des médecins pensent que leurs patients considèrent le test Hemoccult II® comme moins indispensable que la mammographie, le frottis et le taux de PSA.

A propos des tests immunologiques :

Les médecins sont 29,8% à connaître les tests immunologiques, 77,6% ne savent pas s'ils vont améliorer le taux de participation mais aucun médecin interrogé n'est défavorable à leur mise en place.

Discussion

A- Biais, limites et forces de l'étude

Un biais lié au recueil de données :

Les données ont été recueillies de manière déclarative.

Un biais de sélection :

Les questionnaires ont été envoyés à toute la population choisie : médecins généralistes installés dans le département des Pyrénées-Orientales). Mais les médecins ayant répondus au questionnaire peuvent se sentir plus concernés par la question du dépistage organisé du cancer colorectal que les autres médecins.

Limites de l'étude :

Les réponses aux questions n'ont pas été corrélées à la participation effective des médecins. Dépistages 66 a pour chaque médecin le nombre de tests Hemoccult effectués par ses patients par année mais ce nombre de tests ne reflètent pas le réel taux de participation des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal car ce taux est liée au nombre de patients appartenant à la population-cible pour chaque médecin. Ne pouvant pas avoir les données concernant les patients des médecins (données confidentielles de la CPAM), il a été décidé de ne pas analyser les réponses des médecins en fonction du nombre de test prescrit. Il y a le biais de leur patientèle et il aurait fallu classer les médecins en sous-groupes de bons et mauvais participants de façon aléatoire.

Forces de l'étude

Peu d'études ont interrogé les médecins sur les facteurs de participation au dépistage organisé du cancer colorectal et en particulier sur le contexte de délivrance du test Hemoccult II®.

L'étude s'est faite après un recul de 10 ans dans un des départements pilotes et en relation avec la structure de gestion du département.
Elle a permis d'évaluer avant leur mise en place les connaissances et opinions des médecins généralistes par rapport aux tests immunologiques.
Les questionnaires ont été envoyés à toute la population cible et le taux de réponse de 30,9% est satisfaisant.

B- Interprétation et discussion des résultats

1- Les médecins généralistes des Pyrénées-Orientales et le dépistage organisé du cancer colorectal : les points positifs

1-1-Les médecins généralistes sont convaincus de l'efficacité du dépistage organisé du cancer colorectal comme acte de prévention.

Parmi nos résultats, 59,3% des médecins se disent tout à fait convaincus de l'efficacité du test Hemoccult II®.
L'enquête "Médecins généralistes et dépistage" réalisée en septembre 2010 par l'INCa retrouvait pour cette question un taux de 72% de réponse "oui tout à fait" **(82)**.

Les médecins ayant répondus « oui tout à fait » ont souvent cité leur expérience personnelle.
C' est un facteur que l'on ne peut pas modifier et qui va certainement s'amplifier. De plus en plus de médecins auront des patients avec un diagnostic précoce de polypes de cancer colorectal.
Les médecins sont aussi convaincus par les résultats du dépistage organisé et les caractéristiques du test.

Nous pouvons supposer que l'information aux médecins est un des facteurs-clés pour augmenter la participation en insistant sur le nombre de découvertes de cancers colorectaux et d'adénomes chez les patients dépistés. Les chiffres départementaux paraissent parler aux médecins. Dépistages 66 envoient déjà chaque année ces chiffres aux médecins. Ces données intéressent les médecins et donc elles vont continuer à leur être transmises.

Les médecins ayant répondus "oui assez" ont des doutes sur la sensibilité et la spécificité du test. Cette tendance était aussi retrouvée dans l'enquête de l'INCa: la question des faux positifs a été la limite la plus exprimée des tests de dépistage (mammographie, test Hemoccult II® ou dosage de PSA) **(82)**.

Ils s'interrogent aussi sur l'efficacité du test si le taux de participation est insuffisant.

Des médecins peu convaincus disent que les spécialistes ne sont pas tous d'accord.

Dans la revue Prescrire de Juillet 2012 **(83)**, les auteurs s'interrogent : le taux de réduction de la mortalité par cancer colorectal a été évalué pour un taux de participation supérieure à 31,4%, il n'y a pas d'étude sur l'efficacité du dépistage sur la mortalité totale.

Lors de la formation des médecins, les réponses doivent être claires. Le test Hemoccult II® ne détecte qu'un cancer colorectal sur 2 mais comme la prévalence de cette maladie est grande il y a un bénéfice au dépistage. Si le test est positif, la coloscopie retrouve dans un cas sur 2 un cancer ou un polype.

1-2- Les explications et la délivrance du test Hemoccult II® sont considérées comme faciles.

Plus de 95% des médecins consultés trouvent la consultation concernant le test Hemoccult II® comme très facile ou facile en général , pour les explications sur l'intérêt du dépistage organisé du cancer colorectal lors d'une première demande et pour les explications pratiques et la délivrance du test.

Dans les trois cas, les femmes ont plus répondu très facile et facile ainsi que les médecins ayant plus de 25 consultations par jour pour les explications pratiques et la délivrance du test.

Pour les explications sur l'intérêt du test, une meilleure information des patients par les médias ou un délai court entre la réception de la feuille d'information par le patient et sa consultation chez le médecin (« *savoir si le patient a reçu sa convocation aiderait à insister* ») paraissent être des solutions. Ceci est déjà cité dans l'étude Hémobstacle **(78)**, "un soutien des pouvoirs publics est souhaité".

Pour les explications pratiques et la délivrance du test, ils demandent une procédure simplifiée. Beaucoup s'interrogent sur le pourquoi des étiquettes, de la fiche d'inclusion et le temps que cela prend. Dès les premières campagnes , dans l'étude Hémobstacle les médecins disaient: "*les papiers c'est un frein à le faire*". Les propositions des médecins sont de simplifier cette partie en informatisant un maximum les données. Le protocole-médecin a déjà subi des changements successifs à chaque changement de conditionnement du test. Le nombre d'étiquettes a été réduit mais elles restent nécessaires pour permettre une bonne identification du test.
L'intérêt de la fiche d'inclusion-exclusion doit bien être rappelé aux médecins. Leur rôle est très important car le recueil de ces données permet d'avoir une estimation juste du taux réel de participation.
La fiche d'invitation est citée par plusieurs médecins, des modifications sont proposées: clarifier auprès des patients la différence entre ce test de dépistage et la coloscopie examen diagnostic, ajouter des schémas...
Dans l'étude d'Arveux et al. **(70)**, un des facteurs de participation des patients est la lettre d'information envoyée par courrier. Dans l'enquête « les Français face au dépistage des cancers » **(73)** le courrier d'invitation est cité comme un élément déclencheur par 25% des personnes dépistées pour le cancer colorectal.
Concernant les choses à améliorer le test est cité car il s'agit d'un test de recueil de selles qui nécessite des manipulations et peut être contraignant pour le patient. Dans

les études concernant les patients, les difficultés liées au test ne sont pas beaucoup retrouvées. Dans l'étude Fado-colorectal **(72)**, seulement 11% des participants avaient trouvé le test sale et 3,5% l'avaient trouvé compliqué.
Dans la première étude EDIFICE **(31)**, 3% des personnes interrogées considèrent le test Hemoccult II® comme un test sale et 13% le considèrent comme désagréable contre 1% et 16% pour les médecins généralistes.

1-3- Le test est considéré comme simple mais il peut être amélioré.

Les trois quarts des médecins interrogés dans notre enquête pensent que le test Hemoccult II® est simple d'utilisation pour les patients. Presque la totalité des médecins femmes le pensent (comparent-elles plus ce dépistage avec la mammographie et le frottis?).
D'après certaines études interrogeant les patients comme l'étude Fado-colorectal **(72)**, 82% des participants étaient tout à fait satisfaits du déroulement du programme. Ils ont appréciés « que le test soit facile à faire » (61%). Dans l'étude d'Arveux et al. , parmi les participants 94,2% sont prêts à le refaire. Dans les enquêtes « Les Français face au dépistage des cancers » **(73)**, on a pu voir qu'entre 2005 et 2009 le dépistage du cancer colorectal est considéré comme moins désagréable (-10 points) et moins douloureux (-12 points) et moins angoissant (- 3 points).
La peur du dépistage est un facteur important à prendre en compte dans la participation des patients. Dans la première étude EDIFICE de 2005 **(31)**, parmi les personnes interrogés 68% des dépistés et des non-dépistés pensent qu'ils ont peur du cancer en général mais seulement 26% des dépistés ont peur des examens de dépistage pour le cancer du côlon versus 40% pour les non dépistés. Dans l'étude Fado-colorectal, 20% des participants disaient avoir eu très peur des résultats, 14% parlaient d'angoisse.Dans l'étude d'Arveux et al., seulement 4,3% des participants disent avoir été très anxieux dans l'attente des résultats. Parmi ceux qui ont eu un test positif, seulement 1,2% regrettent de l'avoir fait.

1-4- Le dépistage organisé du cancer colorectal est vérifié par les médecins mais sa place doit être renforcée par rapport aux autres dépistages.

Dans notre enquête, la vérification du dépistage organisé du cancer colorectal fait partie des habitudes des médecins.

Le pourcentage de médecins disant le vérifier systématiquement ou souvent est légèrement supérieur au pourcentage de médecins vérifiant le dépistage du col de l'utérus (59,9% versus 53,3%) mais inférieur au dépistage du cancer du sein (75,3%) et au dépistage du cancer de la prostate par taux de PSA (78,5%) alors qu'il n'existe pas de recommandations officielles de dépistage systématique pour ce dernier.

Dans l'enquête « Médecins généralistes et dépistage des cancers » en 2010 **(82)**, les médecins disant vérifier systématiquement les dépistages sont plus nombreux. Les cancers les plus vérifiés restent le cancer du sein (56%) et le cancer de la prostate (47%) et les moins systématiquement vérifiés sont le cancer du col de l'utérus (45%) et le cancer colorectal (34%).

Dans notre étude, les femmes sont plus nombreuses à vérifier systématiquement ou souvent le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

L'étude Hémobstacle **(78)** soupçonnait aussi le sexe des médecins d'influencer sur l'investissement dans les différents dépistages.

Dans l'étude EDIFICE 2 de 2008 **(84),** les médecins femmes recommandaient plus systématiquement les trois dépistages (sein, colorectal et prostate).

Dans notre étude il n'a pas été retrouvé de différence selon l'âge pour la recommandation systématique des cancers comme dans l'étude EDIFICE 2 de 2008.

Il n'a pas été retrouvé non plus de corrélation entre le volume de la patientèle des médecins et un dépistage plus systématique des cancers. Pour l'enquête de l'INCa , les médecins ayant une patientèle importante (plus de 25 patients par jour) sont ceux qui pratiquent le plus le dépistages des cancers **(82)**.

Dans notre enquête, les pratiques ne varient pas non plus en fonction du lieu d'exercice.
Dans l'étude de Launoy et al. **(71)**, la motivation des médecins généralistes était plus grande en zone urbaine que rurale.

La notion de vérification systématique n'est pas toujours cohérente avec l'efficacité perçue du dépistage. Par exemple dans notre étude 59,3% se disent tout à fait convaincus par l'efficacité du test Hemoccult II® mais seulement 12% le vérifient systématiquement. Pour l'INCa dans « Médecins généralistes et dépistage des cancers » **(82)** 72% des médecins sont convaincus par le dépistage organisé du cancer colorectal mais 34% le vérifient.
Nous pouvons nous demander pourquoi dans notre étude, les médecins déclarent vérifier plus systématiquement le dépistage du cancer de la prostate que celui du cancer colorectal. Pour l'INCa , le dépistage est vu comme une habitude de soins. Ainsi les médecins qui vérifient systématiquement le dépistage du cancer de la prostate sont ceux qui vérifient aussi les autres dépistages. Ceci est confirmé dans notre étude : 9 des 11 médecins vérifiant les trois autres dépistages vérifient le dépistage du cancer de la prostate, 15 des 19 médecins vérifiant les deux dépistages organisés le vérifient aussi. Inversement, parmi les 126 médecins ne vérifiant aucun des trois dépistages recommandés ils ne sont que 22 (17,46%) à vérifier le taux de PSA.

Il n'y a pas de caractéristiques spécifiques pour les médecins qui vérifient plus systématiquement le dépistage du cancer colorectal, tous les médecins doivent donc être encouragés. La vérification que le test Hemoccult II® a bien été fait par son patient doit devenir un réflexe comme pour le dépistage du cancer du sein et celui de la prostate. Comment ces deux dépistages ont réussi à s'inscrire dans les pratiques ? Répondre à cette question pourrait aider à améliorer le taux de participation au dépistage du cancer colorectal.

2- Les freins à la participation

2-1- Une difficulté : y penser

Dans notre enquête presque la moitié des médecins ont cité l'oubli comme raison pour ne pas aborder suffisamment le sujet.
Parmi les médecins interrogés dans notre enquête 13,8% utilisent déjà un logiciel avec un système d'alarme et 65,2% pensent que ça pourrait leur être utile.
Dans l'étude Hémobstacle **(78)**, on proposait l'intégration des alarmes informatiques. L'étude proposait aussi de créer des maquettes de consultation en fonction de l'âge du patient.
Dépistages 34 a crée un logiciel d'alarme pour les médecins généralistes. Dans la thèse de médecine de 2010 qui interrogeaient des médecins héraultais seulement 17% connaissaient ce logiciel et l'utilisaient **(80)**.
Le dépistage de façon systématique peut être aussi une façon de lutter contre l'oubli.

Nous pouvons supposer que si l'information relative au test Hemoccult était bien notée dans le dossier médical (date du dernier test ou coloscopie), il serait plus facile d'y penser pour le médecin. Dans une étude de 2009 à Paris, 1900 dossiers ont étudiés. Seuls 25,1% des dossiers étaient renseignés pour le dépistage du cancer colorectal mais le recueil n'a été fait qu'un an après la mise en place du dépistage organisé **(85)**.

2-2- Le problème du manque de temps

Plus de la moitié des médecins généralistes de notre enquête (55,6%) ont dit que le manque de temps était une raison pour ne pas aborder suffisamment le sujet. Les médecins ayant plus de 25 consultations par jour le disent encore plus (64%) ce qui peut s'expliquer par des consultations plus courtes.

Dans l'étude Hémobstacle **(78)** il était déjà dit qu'il faut un temps pour les explications du test. Les médecins interrogés dans l'étude Hémobstacle proposaient de différer la consultation de remise du test Hemoccult II® tout en délivrant une information minimale pour « *préparer la prochaine consultation et gagner du temps lors du prochain rendez-vous* ». Dans cette étude par focus group l'entrainement des médecins apparaissait comme une façon de rendre la délivrance plus facile. De meilleures connaissances des patients pouvait aussi raccourcir ce temps. Le recours à une aide humaine (assistante, infirmière) pour donner les explications pratiques sur le test Hemoccult II® est une idée.

2-3- Le problème des patients non réceptifs à l'information

Très peu de médecins de notre enquête (10,9%) ont dit ne pas aborder suffisamment le sujet du dépistage du cancer colorectal car ils pensaient que le patient ne sera pas réceptif à l'information.

Ce taux rejoint celui de la première étude EDIFICE en 2005 **(31)**. Pour les individus n'ayant jamais réalisé de test de dépistage du cancer du côlon, 11% des médecins généralistes pensaient qu'ils ne sentaient pas concernés. Il est intéressant de constater que parmi ces personnes 36% ne se sentaient effectivement pas concernés.

Dans l'étude Fado-colorectal **(72)** en 2006-2007, pour 36% des non-participants au programme la principale raison évoquée pour ne pas faire le test est « j*'avais d'autres problèmes à ce moment là* ».

Il faut que les médecins informent systématiquement tous les patients. Ils doivent mettre en avant qu'à un stade précoce les cancers colorectaux ne donnent pas de symptômes, que le test est simple et à faire chez soi. Pour éviter toute confusion du test de dépistage avec une coloscopie, les nouvelles lettres d'invitation de Dépistages 66 comporteront le mode d'emploi du test.

2-4- Le problème de la consultation pour un motif aigu.

Dans notre enquête c'est la raison la plus fortement évoquée pour ne pas aborder suffisamment le sujet (76,5% des médecins ayant répondu).
Le problème de la démographie médicale avait été cité dans l'étude Hémobstacle **(78)**.
Dans Hémobstacle il est proposé aux médecins d'utiliser certaines périodes de l'année en dehors des épidémies hivernales ou de la journée plus propices aux dépistages.

Dans notre enquête , nous mettons en évidence que dans la majorité des cas la délivrance de test Hemoccult II® a lieu lors d'une consultation pour un autre motif qui est principal (117 réponses contre 24 réponses pour une consultation uniquement pour la délivrance du test Hemoccult II® et 28 réponses pour une délivrance lors d'une consultation avec un autre motif mineur). 69 des 117 médecins soit 59% rapportent que la demande de test Hemoccult II® a lieu en toute fin de consultation comme une formalité.

Le fait de créer une consultation dédiée pour la délivrance du test Hemoccult II® divise les médecins.
Les arguments cités pour créer cette consultation dédiée sont: le temps nécessaire pour l'explication de l'intérêt du test et du déroulement (on revient au problème du manque de temps), l'évitement des oublis.
Les arguments contre la création d'une consultation dédiée sont: la facilité et rapidité de délivrance du test, le coût pour les patients.
Il est intéressant de constater que l'argument des tests sortis fréquemment en toute fin de consultation est retrouvé dans les deux camps. Pour les défenseurs de la consultation dédiée, elle permettrait une délivrance moins “à la va-vite”. Pour les opposants à la consultation dédiée, les patient soulignent le fait que le test est sorti en toute fin de consultation comme une formalité et donc ne pensent pas que les patients viendraient spécialement en consultation pour cette délivrance.

Le fait de sortir la lettre d'invitation en toute fin de consultation peut engendrer pour le médecin une difficulté car il faut du temps pour expliquer le test. Certains médecins proposent qu'il y ait une consultation dédiée uniquement lors de la première fois.

Ce problème de test Hemoccult II® demandé comme une formalité a déjà été pris en compte par Dépistages 66 qui a inscrit sur les feuilles d'invitation aux patients : « Présentez cette lettre au médecin en début de consultation ».

2-5- Les connaissances des patients sur le dépistage organisé du cancer colorectal sont estimées insuffisantes.

Pour diminuer le temps nécessaire aux explications, et donc renforcer la participation des médecins et en même temps celle de la population cible, des connaissances suffisantes des patients vis-à-vis du dépistage organisé du cancer colorectal sont nécessaires. Dans notre étude, très peu de médecins les estiment très bonnes, 42,2% les estiment bonnes et surtout plus de la moitié des médecins les estiment insuffisantes.

Dans l'étude Fado-colorectal **(72)**, les connaissances sur le cancer colorectal diffèrent peu entre les participants et non-participants mais les hommes qui n'ont pas participé au dépistage pensent plus souvent que « le cancer colorectal est un cancer uniquement héréditaire ».
Dans la première étude EDIFICE **(31)**, 88% du grand public interrogé retient une corrélation entre dépistage précoce du cancer du côlon et augmentation de l'espérance de vie. Dans l'étude EDIFICE 3 en 2011 (86), la majorité des personnes interrogées ne connaissent pas bien les étapes suivant un test, qu'il soit positif ou négatif.
Dans l'étude « Les Français face au dépistage des cancers » **(73)**, une personne interrogée sur 4 cite le cancer colorectal comme un des cancers pouvant être guéri à un stade précoce et ils sont convaincus de l'utilité individuelle et collective du dépistage. Par contre les modalités pratiques sont moins bien connues : seulement 46% des

Français citent la cinquantaine comme âge du début du dépistage, et un tiers connaissent la fréquence bisannuelle de dépistage. En 2008, le dépistage du cancer colorectal est moins associé à la coloscopie qu'en 2005 (-10 points) mais ils ne sont toujours que 52% à citer le test de recherche de sang dans les selles (60% dans les départements pilotes).

Récemment en 2013, l'InCA a publié un sondage BVA « Connaissances des Français sur la fréquence, la mortalité et le dépistage du cancer colorectal » **(87)**. On a retenu que seulement 31% des Français citaient spontanément le cancer colorectal comme un des 3 cancers les plus fréquents (il est cité après les cancers du sein (80%), du poumon (64%) et de la prostate (34%)). Le cancer colorectal est aussi peu cité (26%) parmi les 3 cancers les plus mortels, loin derrière le cancer du poumon (68%) et le cancer du sein (51%). En citation spontanée pour un cancer avec un dépistage recommandé, 42% des personnes citent le cancer colorectal derrière le cancer du sein (83%) mais devant les cancers de la prostate (29%) et du col de l'utérus (27%), et du poumon (21%). Le taux de guérison de 90% si le diagnostic est précoce n'est connu que par 10% des Français.

A la question « comment améliorer le taux de participation à la campagne organisée du cancer colorectal », la majorité des médecins a souhaité de meilleures campagnes d'information pour les patients (à la télévision, à la radio, par des affiches...)

Dès le début, un soutien des pouvoirs publics était souhaité avec une campagne nationale d'information.

Dans l'étude « Les Français face au dépistage des cancers », les campagnes d'information se classent en 4ème position parmi les raisons ayant incitées le patients à se faire dépister (22% de citations), ce qui est plus élevé pour le dépistage du cancer colorectal que pour les autres cancers.

2-6- Le dépistage du cancer colorectal est considéré comme moins indispensable que les autres dépistages.

Selon les médecins, le test Hemoccult II® est considéré par les patients comme moins indispensable que la mammographie, le frottis ou le taux de PSA.

La majorité des médecins pensent les femmes considèrent le dépistage du cancer colorectal comme moins indispensable que la mammographie (51,9%), et que le frottis (40,1%). Ceci est encore plus vrai pour les médecins femmes (73% pour la mammographie et 61% pour le frottis) et pour les médecins âgés de moins de 54 ans (69% pour la mammographie et 58% pour le frottis).

Concernant le dépistage du cancer de la prostate avec le taux de PSA, les médecins hommes ne sont pas plus nombreux que les femmes à penser que leurs patients considèrent le test Hemoccult II® comme moins indispensable.

Les représentations d'un dépistage par rapport aux autres dépistages sont corrélées avec leurs taux respectifs de participation.

Dans l'étude EDIFICE 1 en 2005 **(31)**, parmi les patients interrogés 93% déclarent avoir réalisé au moins une mammographie, 36% un test de dépistage du cancer de la prostate et seulement 25% ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage du cancer du colon. Dans l'étude Edifice de 2011 **(86)**, 59% des personnes interrogées déclaraient avoir effectué un dépistage du cancer colorectal.

Dans l'étude « Les Français face au dépistage des cancers » **(73)**, sept personnes sur dix se déclarent préoccupées par le cancer dont 30% beaucoup. Les cancers du poumon et du sein sont cités comme les cancers les plus craints (20% chacun) suivi par le cancer colorectal (15% de réponses), le cancer du col de l'utérus (12%) et le cancer de la prostate (10%). Cette hiérarchie des peurs varie en fonction du sexe. Pour les hommes, le cancer du poumon est le plus cité (32%) suivi du cancer de la prostate (20%) puis du cancer colorectal (17%). Pour les femmes, le cancer du sein est très angoissant (50%) suivi du cancer du poumon (24%) et du col de l'utérus (20%). Les peurs des cancers ont tendance a diminuer avec l'âge sauf pour le cancer colorectal et le cancer de la prostate.

Le fait que les patientes considèrent mieux les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus peut servir à promouvoir le dépistage du cancer colorectal.
Dans l'étude Fado-colorectal les femmes participantes avaient plus souvent eu un frottis cervico-utérin (72% versus 62%,p<0,001) et/ou une mammographie (97% versus 87%,p<0,001) que celles n'ayant pas fait le test Hemoccult II® **(72)**. Dans l'étude de Fong Sing et al. **(74)** le fait pour les femmes d'avoir effectué le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus est un facteur de participation au dépistage du cancer colorectal.
Les femmes sont sans doute plus familiarisées avec les dépistages que les hommes. D'après l'étude Fado-colorectal, le fait d'être un homme et de ne pas vivre en couple est un facteur de non-réalisation du test. Il est conseillé aux médecins de parler aux hommes âgés de 50 à 59 ans dès qu'ils ont l'occasion de les recevoir en consultation.
L'influence des femmes sur leurs conjoints a déjà été étudié en 2006 par Van Jaarsveld et al. **(88)**, ils proposaient d'inviter simultanément les deux membres du couple.

Dans notre enquête les médecins de moins de 54 ans ont également tendance à penser que le test Hemoccult II® est considéré comme moins indispensable que la mammographie, que le frottis.
Et les médecins qui ont en moyenne plus de 25 consultations par jour pensent que le test Hemoccult II® est considéré comme moins indispensable que le taux de PSA.
Dans l'enquête “Médecins généralistes et dépistages des cancers” **(82)** le contrôle systématique du dépistage du cancer de la prostate est plus souvent effectué chez les médecins qui ont plus de 25 patients (56% versus 37% s'ils ont moins de 15 patients).
Nous pouvons imaginer que pour ces médecins le dépistage du cancer est plus important et donc qu'ils transposent cette idée sur leurs patients.

3- Questions sur les nouveaux test immunologiques

Presque un tiers des médecins avaient entendu parler des nouveaux tests immunologiques avec un taux plus élevé chez les médecins utilisant le logiciel Apicrypt.

Un peu plus des trois quarts des médecins ne savent pas si ce nouveau test va améliorer le taux de participation des patients. Seulement 8 médecins pensent qu'il ne l'améliorera pas mais aucun n'est défavorable à sa mise en place.

Le personnel de Dépistages 66 a été surpris qu'autant de médecins aient déjà entendu parler des tests immunologiques. Ceci facilitera certainement le travail d'information ainsi que le fait qu'aucun médecin ne soit opposé à leur mise en place.

Conclusion

Cette étude a permis à la structure de gestion des dépistages organisés dans les Pyrénées-Orientales, Dépistages 66, d'avoir de nouvelles informations, de communiquer avec les médecins généralistes du département et de pouvoir s'en servir pour améliorer le travail futur.

Dans l'enquête, les médecins ont dit être majoritairement convaincus. Les propositions retenues pour améliorer le taux de participation sont une information aux médecins en les mettant au centre du dispositif. Les médecins sont réceptifs aux données concrètes. Dépistages 66 doit continuer chaque année à leur envoyer les résultats de la dernière campagne : test positifs dans le département, diagnostics d'adénomes et de cancers colorectaux. L'envoi de la feuille d'information avec le nom des patients devant effectuer le test paraît aussi utile aux médecins. Les limites des tests de recherche de sang occulte dans les selles et des nouveaux tests immunologiques (faux positifs et faux négatifs) doivent aussi être exprimées clairement aux médecins pour renforcer leur confiance dans le dépistage organisé.

Il n'a pas été retenu dans notre étude de lien entre les pratiques de dépistage du cancer colorectal et les caractéristiques socio-démographiques des médecins, toutes les populations de professionnels de santé sont donc à informer.

Les explications du dépistage organisé du cancer colorectal aux patients sont considérées comme faciles pour la grande majorité. Les difficultés résident dans les formalités administratives « chronophages », la feuille d'information aux patients pas assez explicative.

Le test par recueil de selles est peu cité comme une réelle difficulté pour les patients et selon les médecins le test est simple pour les patients.

Le manque de connaissances des patients sur le dépistage organisé du cancer colorectal est un des problèmes majeurs cités. Une meilleure information du grand public permettrait de diminuer le temps nécessaire aux explications du médecin.

L'enquête a permis surtout de mieux connaître la réalité des consultations. Peu de médecins disent dépister systématiquement le cancer colorectal. Les facteurs pouvant diminuer leur participation sont l'oubli (65,7% des médecins pensent qu'un logiciel d'alarme leur serait utile), le manque de temps et la consultation pour un motif aigu. Dans la majorité des cas le test Hemoccult II® est demandé lors d'une consultation pour un autre motif principal et souvent en toute fin de consultation. L'intérêt de créer une consultation dédiée n'est pas encore tranché parmi les médecins. Fenton et al. **(89)** ont étudié l'effet d'une consultation entièrement consacrée à la prévention sur des volontaires âgés de 52 à 78 ans. Les personnes ayant bénéficié de cette consultation sont associées à un recours au test de dépistage du cancer colorectal plus important (40%).

Depuis le 1er janvier 2012, la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) est mise en place. L'augmentation des taux de participation aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus font partie de ces objectifs. Un an aprés 95% des médecins généralistes avaient atteint tout ou une partie des objectifs. La même chose pour le dépistage du cancer colorectal devrait être mis en place prochainement.

Le passage aux tests immunologiques sous couvert d'une bonne campagne d'information auprès des médecins et des patients devrait augmenter le taux de participation grâce à une meilleure adhésion des patients et des médecins. Notre étude a montré que les médecins étaient favorables à leur mise en place.

Bibliographie:

1. Blinder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012-Tumeurs solides. Saint-Maurice(Fra): Institut de veille sanitaire; 2013 p. 122.

2. Grosclaude P. Survie des patients atteints de cancer en France. Springer; 2007.

3. Dr Valérie Mazeau-Woynar, Nicole CERF. Survie attendue des patients atteints de cancers en france: état des lieux. Institut National du Cancer; 2010.

4. Conférence de consensus. Conclusions et recommandations du jury. Texte de Consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Gastroenterol Clin Biol. 1998;205–18.

5. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.

6. Desoubeaux N, Herbert C, Launoy G, Vallée JP, Bouvier V, Maurel J, et al. [Mass screening of colorectal cancer by general practitioners in France: what is the real target population?]. Gastroentérologie Clin Biol. 1997;21(10):760–3.

7. Jezewski-Serra D, Salines E. Evaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013 p. 31.

8. Eddy DM. Secondary prevention of cancer: an overview. Bull World Health Organ. 1986;64(3):421–9.

9. Lejeune C, Arveux P, Dancourt V, Béjean S, Bonithon-Kopp C, Faivre J. Cost-effectiveness analysis of fecal occult blood screening for colorectal cancer. Int J Technol Assess Health Care. 2004;20(4):434–9.

10. Bertario L, Spinelli P, Gennari L, Sala P, Pizzetti P, Severini A, et al. Sensitivity of Hemoccult test for large bowel cancer in high-risk subjects. Dig Dis Sci. 1988 May;33(5):609–13.

11. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet. 1996 Nov 30;348(9040):1472–7.

12. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jørgensen OD, Søndergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Lancet. 1996 Nov 30;348(9040):1467–71.

13. Jouve JL, Remontet L, Dancourt V, Lejeune C, Benhamiche AM, Faivre J, et al. Estimation of screening test (Hemoccult(R)) sensitivity in colorectal cancer mass screening. Br J Cancer. 2001 Jun;84(11):1477–81.

14. Steele RJC, McClements P, Watling C, Libby G, Weller D, Brewster DH, et al. Interval cancers in a FOBT-based colorectal cancer population screening programme: implications for stage, gender and tumour site. Gut. 2012 Apr 1;61(4):576–81.

15. Greegor DH. DIagnosis of large-bowel cancer in the asymptomatic patient. JAMA. 1967 Sep 18;201(12):943–5.

16. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. N Engl J Med. 2000 Nov 30;343(22):1603–7.

17. Kewenter J, Björk S, Haglind E, Smith L, Svanvik J, Ahrén C. Screening and rescreening for colorectal cancer. A controlled trial of fecal occult blood testing in 27,700 subjects. Cancer. 1988 Aug 1;62(3):645–51.

18. Dubois. Rapport au ministre délégué à la santé sur le dépistage du cancer du côlon et du rectum en France. Paris: Ministère chargé de la santé; 1995.

19. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study1☆. Gastroenterology. 2004 Jun;126(7):1674–80.

20. Castiglione G, Zappa M, Ciatto S. Comments on: Recommendations on colorectal cancer (CRC) screening in the European Union. Advisory Committee on Cancer Prevention. Eur J Cancer 2000, 36, 1473–1478. Eur J Cancer. 2001 Feb;37(3):438–9.

21. Bretagne JF, Faivre J. La Société Nationale Française de Gastroentérologie recommande la mise en place d'un dépistage généralisé et organisé du cancer colorectal en France. Gastroenterol Clin Biol. 2000;24(5):492–3.

22. Le Livre Blanc de l'Hépatogastroentérologie (2001) Les maladies de l'appareil digestif et du foie - les enjeux. Paris: Masson;

23. Goulard H, Boussac-Zarebska M, Duport N, Salines E, Bloch J. Evaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum en France-Bilan du programme pilote: actualisation des données au 1er Novembrre 2007. Saint Maurice (Fra): Institut de veille sanitaire; 2009.

24. Plan cancer 2003-2007 [Internet]. [cited 2013 Jun 15]. Available from: http://www.plan-cancer.gouv.fr/historique/plan-cancer-2003-2007.html

25. Allemand H. Les campagnes FNPEIS de dépistage de masse des cancers colorectaux. Mise au point. Paris; 1994.

26. Tazi MA, Faivre J, Dassonville F, Lamour J, Milan C, Durand G. Participation in faecal occult blood screening for colorectal cancer in a well defined French population: results of five screening rounds from 1988 to 1996. J Med Screen. 1997;4(3):147–51.

27. Launoy G, Herbert C, Valle JP, Desoubeaux N, Reaud JM, Ollivier V. Le dépistage de masse du cancer colorectal en France. Expérience auprès de 165 000 personnes dans le Calvados. Gastroenterol Clin Biol. 1996;(20):223–36.

28. Van Roosbroeck S, Hoeck S, Van Hal G. Population-based screening for colorectal cancer using an immunochemical faecal occult blood test: A comparison of two invitation strategies. Cancer Epidemiol. 2012 Oct;36(5):e317–e324.

29. Faivre J, dancourt V. Le dépistage du cancer colorectal. Certitudes et questions. Gastroenterol Clin Biol. 2002;26:86–93.

30. European Commission, International Agency for Research on Cancer. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1. ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2010.

31. Roche Pharma. Enquête EDIFICE, étude sur les dépistages des cancers et ses facteurs de compliance. 2005.

32. Assurance maladie. Pratique des coloscopies en France. 2012 décembre.

33. 1-13 - plancancer20092013_02112009.pdf [Internet]. [cited 2013 Jun 6]. Available from: http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf

34. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.

35. Professeur Jean-Paul Vernant. Rapport à la ministre des affaires sociales et de la santé et à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Recommandations pour le troisième Plan Cancer. 2013 Juillet.

36. Haut Conseil de la Santé Publique. Indicateurs de mortalité "prématurée" et "évitable."2013 Avril.

37. Chiang T-H, Lee Y-C, Tu C-H, Chiu H-M, Wu M-S. Performance of the immunochemical fecal occult blood test in predicting lesions in the lower gastrointestinal tract. Can Med Assoc J. 2011 Sep 20;183(13):1474–81.

38. Whitlock EP, Lin J, Liles E, Beil T, Fu R, O'Connor E, et al. Screening for Colorectal Cancer: An Updated Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cited 2013 Sep 19]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK35179/

39. Morikawa T, Kato J, Yamaji Y, Wada R, Mitsushima T, Shiratori Y. A comparison of the immunochemical fecal occult blood test and total colonoscopy in the asymptomatic population. Gastroenterology. 2005 Aug;129(2):422–8.

40. Launoy GD, Bertrand HJ, Berchi C, Talbourdet VY, Guizard AVN, Bouvier VM, et al. Evaluation of an immunochemical fecal occult blood test with automated reading in screening for colorectal cancer in a general average-risk population. Int J Cancer J Int Cancer. 2005 Jun 20;115(3):493–6.

41. Castiglione G, Visioli CB, Ciatto S, Grazzini G, Bonanomi AG, Rubeca T, et al. Sensitivity of latex agglutination faecal occult blood test in the Florence District population-based colorectal cancer screening programme. Br J Cancer. 2007 Jun 4;96(11): 1750–4.

42. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, Vallee JP, Arsene D, Boutreux S, et al. Comparison of a guaiac based and an immunochemical faecal occult blood test in screening for colorectal cancer in a general average risk population. Gut. 2007 Feb;56(2):210–4.

43. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, Vallee J-P, Levillain R, Tichet J, et al. Performance of immunochemical faecal occult blood test in colorectal cancer screening in average-risk population according to positivity threshold and number of samples. Int J Cancer J Int Cancer. 2009 Sep 1;125(5):1127–33.

44. Van Rossum LG, van Rijn AF, Laheij RJ, van Oijen MG, Fockens P, van Krieken HH, et al. Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. Gastroenterology. 2008 Jul;135(1):82–90.

45. Faivre J, Dancourt V, Denis B, Dorval E, Piette C, Perrin P, et al. Comparison between a guaiac and three immunochemical faecal occult blood tests in screening for colorectal cancer. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. 2012 Nov;48(16):2969–76.

46. Hol L, Wilschut JA, van Ballegooijen M, van Vuuren AJ, van der Valk H, Reijerink JCIY, et al. Screening for colorectal cancer: random comparison of guaiac and immunochemical faecal occult blood testing at different cut-off levels. Br J Cancer. 2009 Apr 7;100(7): 1103–10.

47. Wilschut JA, Hol L, Dekker E, Jansen JB, Van Leerdam ME, Lansdorp-Vogelaar I, et al. Cost-effectiveness analysis of a quantitative immunochemical test for colorectal cancer screening. Gastroenterology. 2011 Nov;141(5):1648–1655.e1.

48. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. HAS/ Service évaluation économique et santé publique; 2008 décembre.

49. Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage. INCa, Boulogne-Billancourt; 2011.

50. Dorval E. Le dépistage du cancer colorectal: Etat des lieux et perspecctives. Springer. 2006.

51. Mitry E. Dépistage du cancer colorectal: De nouvelles techniques en cours d'évaluation. Rev Prat Médecine Générale. 2006 Oct 24;tome 20(746/747):1150– 1152.

52. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. Gastroenterology. 2003 Feb;124(2):544–60.

53. Atkin W, Martin JP. Stool DNA-Based Colorectal Cancer Detection: Finding the Needle in the Haystack. J Natl Cancer Inst. 2001 Jun 6;93(11):798–9.

54. Imperiale TF, Ransohoff DF, Itzkowitz SH, Turnbull BA, Ross ME. Fecal DNA versus Fecal Occult Blood for Colorectal-Cancer Screening in an Average-Risk Population. N Engl J Med. 2004;351(26):2704–14.

55. Louwagie J, Pommerien W, Brichard G, Otto G, Van Criekinge W, Baylin SB, et al. 12LBA A Plasma-based colorectal cancer (CRC) screening assay using DNA methylation markers - first results of multicenter studies. Eur J Cancer Suppl. 2009 Sep;7(3):9.

56. Grützmann R, Molnar B, Pilarsky C, Habermann JK, Schlag PM, Saeger HD, et al. Sensitive detection of colorectal cancer in peripheral blood by septin 9 DNA methylation assay. PloS One. 2008;3(11):e3759.

57. Conférence de consensus (1998) Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Gastroenterol Clin Biol. 22(205-8).

58. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokochi LA, Church T, Laiyemo AO, et al. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. N Engl J Med. 2012 Jun 21;366(25):2345–57.

59. Elmunzer BJ, Hayward RA, Schoenfeld PS, Saini SD, Deshpande A, Waljee AK. Effect of Flexible Sigmoidoscopy-Based Screening on Incidence and Mortality of Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS Med [Internet]. 2012 Dec [cited 2013 Oct 4];9(12). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3514315/

60. Nishihara R, Wu K, Lochhead P, Morikawa T, Liao X, Qian ZR, et al. Long-Term Colorectal-Cancer Incidence and Mortality after Lower Endoscopy. N Engl J Med. 2013;369(12):1095–105.

61. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H, Chejfec G. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380. N Engl J Med. 2000 Jul 20;343(3):162–8.

62. Denis B, Gendre I, Sauleau EA, Lacroute J, Perrin P. Harms of colonoscopy in a colorectal cancer screening programme with faecal occult blood test: A population-based cohort study. Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver. 2013 Jun;45(6):474–80.

63. Sharaf RN, Ladabaum U. Comparative effectiveness and cost-effectiveness of screening colonoscopy vs. sigmoidoscopy and alternative strategies. Am J Gastroenterol. 2013 Jan;108(1):120–32.

64. Rex DK, Johnson DA, Lieberman DA, Burt RW, Sonnenberg A. Colorectal cancer prevention 2000: screening recommendations of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol. 2000 Apr;95(4):868–77.

65. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA, Inadomi JM, et al. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 [corrected]. Am J Gastroenterol. 2009 Mar;104(3):739–50.

66. Hewitson P, Glasziou PP, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. In: The Cochrane Collaboration, Hewitson P, editors. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cited 2013 Oct 3]. Available from: http://www.bcguidelines.ca/guideline_colorectal_det.html

67. Faivre J, Lepage C, dancourt V. Le dépistage organisé du cancer colorectal en France et en Europe : historique et état des lieux. BEH Thématique. 2009 Jan;2-3(13):17–9.

68. Suissa M. Coloscopie virtuelle. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2011.

69. Coloscopie virtuelle: meta-analyse des perfiormances diagnostiques;indications et conditions de réalisation. Haute Autorité de santé; 2010 Jan.

70. Arveux P, Durand G, Milan C, Bedenne L, Lévy D, Doan BD, et al. Views of a general population on mass screening for colorectal cancer: the Burgundy Study. Prev Med. 1992 Sep;21(5):574–81.

71. Launoy G, Veret JL, Richir B, Reaud JM, Ollivier V, Valla A, et al. Involvement of general practitioners in mass screening. Experience of a colorectal cancer mass screening programme in the Calvados region (France). Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. 1993 May;2(3):229–32.

72. Hélène Goulard, Boussac-Zarebska, Duport Nicolas, Bloch Juliette. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal: étude Fado-colorectal, France, Décembre 2006-avril 2007. BEH Thématique. 2009 Jan 13;2-3.

73. Baromètre INCa/BVA. les Français face au dépistage des cancers. 2009.

74. Fon Sing M, Leuraud K, Duport N. Characteristics of French people using organised colorectal cancer screening. Analysis of the 2010 French Health, Healthcare and Insurance Survey. Prev Med. 2013 Jul;57(1):65–8.

75. Stoebner-Delbarre A, Colin M-O, Doye M, Baumel H. Identification des freins au dépisage du cancer du côlon dans l'Hérault par la méthode des Focus Group. 2007.

76. Savry E. Participation au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult II: Etude sur la population cible dans l'Hérault. [UFR de médecine]: Montpellier I;

77. Durand G, Arveux P, Milan C, Quelier, C., Bedenne, L., Faivre, J. Vécu d'une campagne de dépistage de masse des cancers colorectaux par les médecins généralistes. Cah Sociol Demogr Med. 1992;32(2-3):191–205.

78. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann Coblentz L, Le Trung T, Decorre Y, Rousseau M, et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. Hémobstacle: une étude qualitative. exercer. 2008;(80):4–7.

79. GAYE N. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal en médecine génrale et envisager les moyens de les contourner. Paris Diderot-Paris 7; 2011.

80. CASANOVA S, Caste S-A. Etude des facteurs influençant les taux de participation au dépistage des cancers colorectaux, dans les attitudes et les pratiques des médecins généralistes. Montpellier I; 2010.

81. OUDOVENKO A. Implication des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal : recherche-action auprès des médecins généralistes du Val-de-Marne. Paris Est Créteil; 2012.

82. Médecins généralistes et dépistage des cancers. INCa; 2010.

83. Dépistage des cancers colorectaux par tests immunologiques. Rev Prescrire. 2012;32(345):522–5.

84. Eisinger F, Pivot X, Coscas Y, Viguier J, Calazel-Benque A, Blay J-Y, et al. Impact of general practitioners' sex and age on systematic recommendation for cancer screening. Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. 2011 Jan;20 Suppl 1:S39–41.

85. Loiseau-Breton C. Qualité du dépistage du cancer colorectal en médecine générale : une étude chez des maîtres de stages franciliens. Paris Descartes; 2010.

86. Roche Pharma. Enquête EDIFICE3, étude sur les dépistages des cancers et ses facteurs de compliance. 2011.

87. enquête BVA/ INCa. Connaissances des français sur la fréquence, la mortalité et le dépistage du cancer colorectal. 2013.

88. Van Jaarsveld CHM, Miles A, Edwards R, Wardle J. Marriage and cancer prevention: does marital status and inviting both spouses together influence colorectal cancer screening participation? J Med Screen. 2006;13(4):172–6.

89. Fenton JJ, Cai Y, Weiss NS, et al. Delivery of cancer screening: How important is the preventive health examination? Arch Intern Med. 2007 Mar 26;167(6):580–5.

Annexes

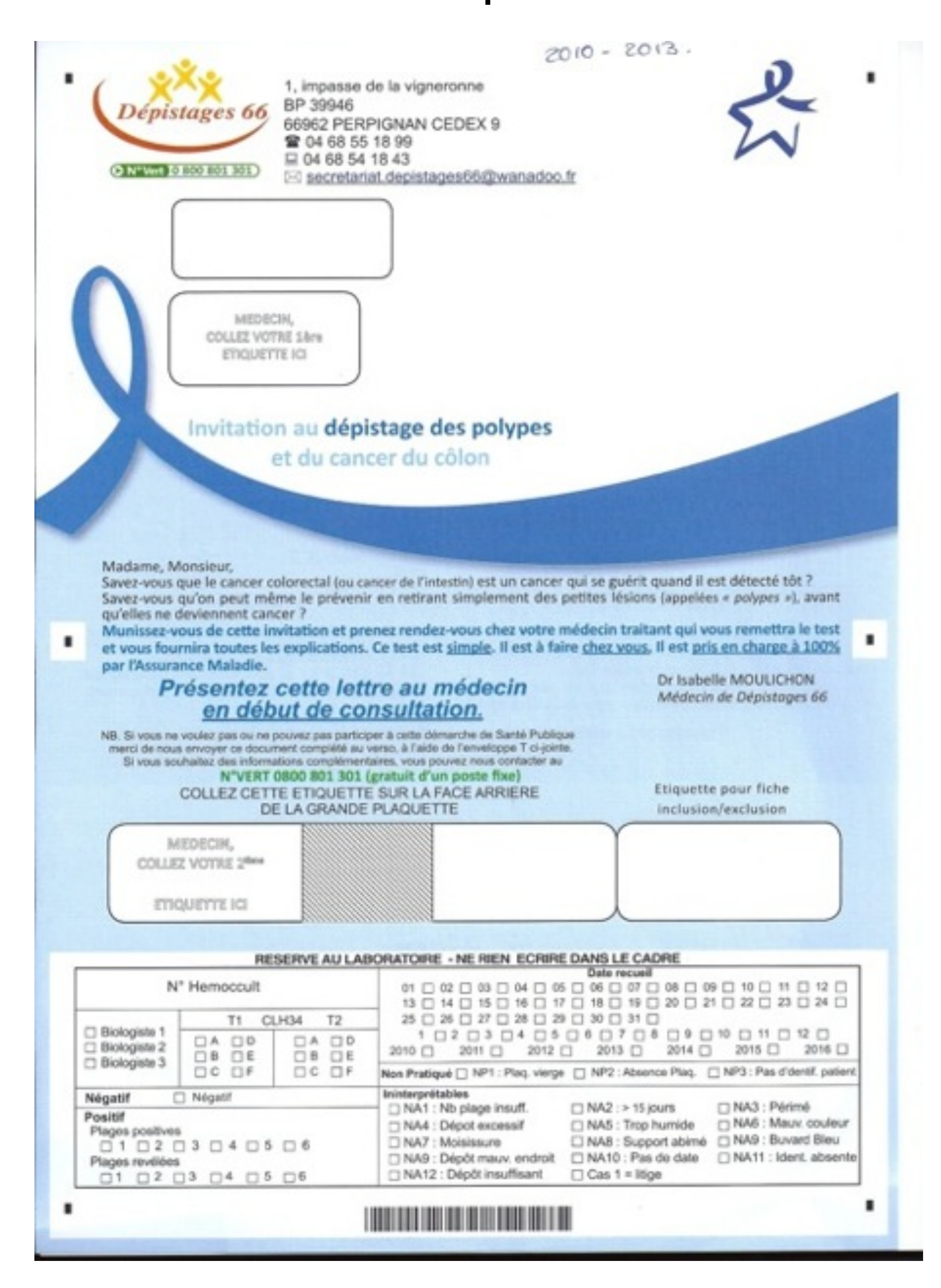
Annexe 1: photographie du test Hemoccult



Annexe 2: Carte des départements pilotes



Annexe 3: fiche invitation patient



2010 - 2013.

Dépistages 66

N°Vert 0 800 801 301

1, impasse de la vigneronne
BP 39946
66962 PERPIGNAN CEDEX 9
☎ 04 68 55 18 99
🖷 04 68 54 18 43
✉ secretariat.depistages66@wanadoo.fr

MEDECIN,
COLLEZ VOTRE 1ère
ETIQUETTE ICI

Invitation au **dépistage des polypes** et du cancer du côlon

Madame, Monsieur,
Savez-vous que le cancer colorectal (ou cancer de l'intestin) est un cancer qui se guérit quand il est détecté tôt ?
Savez-vous qu'on peut même le prévenir en retirant simplement des petites lésions (appelées « *polypes* »), avant qu'elles ne deviennent cancer ?
Munissez-vous de cette invitation et prenez rendez-vous chez votre médecin traitant qui vous remettra le test et vous fournira toutes les explications. Ce test est simple. Il est à faire chez vous. Il est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Présentez cette lettre au médecin en début de consultation.

Dr Isabelle MOULICHON
Médecin de Dépistages 66

NB. Si vous ne voulez pas ou ne pouvez pas participer à cette démarche de Santé Publique merci de nous envoyer ce document complété au verso, à l'aide de l'enveloppe T ci-jointe.
Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez nous contacter au
N°VERT 0800 801 301 (gratuit d'un poste fixe)

COLLEZ CETTE ETIQUETTE SUR LA FACE ARRIERE DE LA GRANDE PLAQUETTE

MEDECIN,
COLLEZ VOTRE 2ème
ETIQUETTE ICI

Etiquette pour fiche inclusion/exclusion

RESERVE AU LABORATOIRE - NE RIEN ECRIRE DANS LE CADRE

N° Hemoccult

☐ Biologiste 1
☐ Biologiste 2
☐ Biologiste 3

T1 CLH34 T2
☐ A ☐ D ☐ A ☐ D
☐ B ☐ E ☐ B ☐ E
☐ C ☐ F ☐ C ☐ F

Négatif ☐ Négatif

Positif
Plages positives
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
Plages revélées
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Date recueil
01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐
13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐
25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐
2010 ☐ 2011 ☐ 2012 ☐ 2013 ☐ 2014 ☐ 2015 ☐ 2016 ☐

Non Pratiqué ☐ NP1 : Plaq. vierge ☐ NP2 : Absence Plaq. ☐ NP3 : Pas d'dentif. patient

Ininterprétables
☐ NA1 : Nb plage insuff. ☐ NA2 : > 15 jours ☐ NA3 : Périmé
☐ NA4 : Dépot excessif ☐ NA5 : Trop humide ☐ NA6 : Mauv. couleur
☐ NA7 : Moisissure ☐ NA8 : Support abimé ☐ NA9 : Buvard Bleu
☐ NA9 : Dépôt mauv. endroit ☐ NA10 : Pas de date ☐ NA11 : Ident. absente
☐ NA12 : Dépôt insuffisant ☐ Cas 1 = litige

Ancien verso:

Le dépistage organisé une bonne façon de se faire dépister

Veuillez remplir ce questionnaire avant de vous rendre chez votre médecin

☐ J'ai fait un test Hémoccult II il y a moins de deux ans :
date ___/____/____

Je serai donc réinvité(e) 2 ans après cette date.

Je ne participe pas au dépistage du cancer colorectal par test de recherche de sang dans les selles pour la raison suivante :

☐ Je suis régulièrement suivi(e) par coloscopie parce que j'ai eu un cancer colorectal

☐ Je suis régulièrement suivi(e) par coloscopie parce que j'ai eu un ou plusieurs polype(s) colorectal(aux)

☐ Je suis régulièrement suivi(e) par coloscopie parce qu'il y a, dans ma famille proche, un cas de cancer colorectal ou de polype

☐ Je suis régulièrement suivi(e) par coloscopie parce que j'ai une rectocolite hémorragique (RCH) ou une maladie de Crohn

Date de cette dernière coloscopie : _____/_____/_______

☐ J'ai eu une coloscopie il y a moins de 5 ans pour un autre motif que ceux qui sont cités ci-dessus :
date ___/____/____ Motif ....

☐ Je dois prochainement réaliser une coloscopie pour un autre motif que ceux qui sont cités ci-dessus :
date ___/____/____ Motif ....

☐ Je ne participe pas pour une autre raison, précisez ....

Vous avez coché une des cases ci-dessus ?

OUI

Vous n'avez pas besoin d'effectuer le test
Il est très important que vous poursuiviez votre surveillance chez votre médecin traitant ou gastroentérologue.
Nous vous remercions de retourner ce document dûment complété dans l'enveloppe T de couleur ci-jointe à Dépistages 66.

NON

Prenez rendez-vous chez votre médecin traitant
Il vous remettra le test à faire chez vous, que vous enverrez au laboratoire dans l'enveloppe T blanche fournie avec le test, ainsi que ce document.

N'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement complémentaire.

ars Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon
Institut National du Cancer
Conseil Général
MSA santé famille retraite services
RSI
l'Assurance Maladie Pyrénées-Orientales

Avec nos remerciements pour votre participation à cette campagne de dépistage du cancer colo-rectal.
Parlez en autour de vous.

Dr Isabelle MOULICHON
Médecin-Directeur

nouveau verso :

....Le Dépistage Organisé, une bonne façon de se faire dépister !....

MODE D'EMPLOI DU TEST *QUE VOUS REMETTRA VOTRE MEDECIN TRAITANT*

La pochette de test comprend : une plaquette à 3 volets, une pochette de retour, 6 bâtonnets, 3 feuilles de papier pour recueillir les selles et une enveloppe T "blanche" à l'adresse du laboratoire

A-Comment faire le prélèvement ?

1 - Identifiez la plaquette :
Collez l'étiquette qui se trouve sur cette invitation au dos de la plaquette.



⚠ Pour être efficace, l'échantillon de selles (caca) à prélever ne doit pas être mis en contact avec un liquide (eau, urine..).

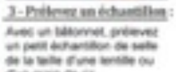
2 - Installez-vous :
Placez le papier fourni pour le recueil des selles sur la cuvette en le collant de chaque côté avec les bandes adhésives puis en le coinçant sous l'abattant de la cuvette.





Vous pouvez aussi utiliser un sac plastique ou une assiette en carton.





3 - Prélevez un échantillon :
Avec un bâtonnet, prélevez un petit échantillon de selle de la taille d'une lentille ou d'un grain de riz.



4 - Déposez-le :
Soulevez la languette "selle1" et déposez l'échantillon sur le cadre A de la plaquette.



5 - Prélevez un autre échantillon :
Avec un autre bâtonnet, prélevez un deuxième échantillon de même taille à un autre endroit de la même selle.



6 - Déposez-le :
Appliquez ce même échantillon sur le cadre B, sous la même languette. Une fois les prélèvements réalisés, le papier de recueil peut être jeté dans la cuvette, il est **biodégradable**



7 - Ecrivez la date :
Rabattez le volet "sans le fermer", **indiquez la date de votre prélèvement** et posez la plaquette dans un endroit sec jusqu'au lendemain. Le lendemain, vous pouvez refermer la plaquette.

8 - Répétez ces opérations sur les 2 selles suivantes.



B-Comment envoyer votre test ?

* Vérifiez que vous avez collé l'étiquette d'identification au dos de la plaquette.
* Glissez la plaquette dans la pochette de retour et fermez-la.
* Placez la pochette fermée et l'invitation dans l'enveloppe T blanche pour le laboratoire
* Postez l'enveloppe sans l'affranchir, au maximum le lendemain du dernier prélèvement.



Dépistages 66 est responsable de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme de Dépistage Organisé du Cancer Colorectal et du traitement des données ayant cette finalité. Le Médecin Directeur doit être destinataire des informations vous concernant collectées dans le cadre de ce traitement. Ces données médicales font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification que vous pouvez exercer en nous écrivant.

Consentement éclairé :

Ce test recherche le sang invisible à l'œil nu dans les selles. Une lésion existante peut ne pas être détectée si elle ne saigne pas au moment où les selles sont déposées sur le test. En effet, les gros polypes et les cancers ne saignent que par intermittence. La fiabilité n'est pas absolue, mais elle est augmentée si le test est répété tous les 2 ans et que l'utilisation du test est bien conforme aux recommandations. La responsabilité de votre médecin, du laboratoire de lecture ou de Dépistages 66 ne saurait être recherchée en cas d'échec.

















Avec nos remerciements pour votre participation à cette campagne de dépistage du cancer colo-rectal

Parlez en autour de vous.

Dr Isabelle MOULICHON
Médecin-Directeur

Annexe 4 : fiche inclusion- exclusion

Dépistages 66

1 Impasse de la vigneronne
BP 39946
66962 PERPIGNAN Cedex 9
04 68 55 18 99 — 04 68 54 18 43
secretariat.depistages66@wanadoo.fr
depistages66@medical66.apicrypt.org

DEPISTAGE ORGANISE des TUMEURS du COLON et du RECTUM dans les PYRENEES-ORIENTALES

FICHE D'INCLUSION-EXCLUSION

Date de consultation

___/___/_____

Etiquette code barre bénéficiaire

Nom :..

Prénom :..

Date de naissance: ___/___/_____

Etiquette identification médecin

J'accepte que soient transmis à Dépistages 66, dans le strict respect du secret médical, les renseignements portés sur cette fiche ainsi que les résultats des bilans qui pourraient être nécessaires après la réalisation de ce test Hemoccult II®. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés, je suis informé(e) que je peux avoir accès, à Dépistages 66, aux informations me concernant.
Date et signature du bénéficiaire :

Critères	A remplir par le médecin	OUI	NON
	Antécédent d'examen		
Test réalisé il y a moins de 2 ans	__/__/____		
Coloscopie normale depuis moins de 5 ans	__/__/____		
	Antécédents familiaux		
Antécédents sans précisions			
Cancer colo rectal 1 parent 1er degré < 65 ans			
Cancer colo rectal 2 parent 1er degré			
Syndrome de Lynch, P.A.F.			
	Antécédents personnels		
Antécédents personnels de **cancer** avec contrôle programmé par coloscopie	__/__/____		
Antécédents personnels de **polypes** avec contrôle programmé par coloscopie	__/__/____		
Maladie de Crohn, RCH			
Rectorragie macroscopique / Dépistage symptomatique			
Maladie intercurrente			
Exclusion temporaire : dépistage momentanément inopportun (ex : dépression,...)			
Refus, exclusion volontaire			

Attention !!! ***Si une seule croix apparaît dans la colonne OUI, exclure le sujet de ce dépistage : le dépistage par Hemoccult II® est inadapté***

Annexe 5 :courrier médecin

DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COLON
Résumé de votre activité au sein de l'association
Vos dépistages et résultats



Perpignan, le 04/11/2013

Chère consoeur, cher confrère,

Je vous adresse ci-dessous les informations vous concernant pour la période allant du 01/01/2012 au 31/12/2012

Vous trouverez derrière ce courrier notre activité globale pour la même période par canton pour le dépistage du cancer du colon.

Confraternellement,

Docteur Isabelle MOULICHON

Dépistages

Total de vos patients dépistés suite à l'invitation :	36	70 ,58 %
Total de vos patients dépistés suite à la première relance :	12	23 ,52 %
Total de vos patients dépistés suite à la deuxième relance :	3	5 ,88 %
Total de vos patients dépistés pour la période	**51**	

Résultats

Résultats négatifs	48	94 ,11 %
Résultats positifs	3	5 ,88 %
Hémoccults techniquement ininterprétables	0	0 . %
Coloscopies réalisées suite à un test positif (selon la remontée des informations)	2	
Cancers détectés suite à un test positif (Selon la remontée des informations)	0	

DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COLON

Résumé de l'activité de l'association par canton du 01/01/2012 au 31/12/2012

	Dépistage réalisé suite à				Résultat					
	l'invitation	la 1er relance	la 2eme relance	Total	Négatif	Positif	HTI	Coloscopies réalisées	Polypes	Cancers détectés
Canton N°	18 62,06 %	7 24,13 %	4 13,79 %	= 29	28 96,55 %	1 3,44 %	0 0, %	0	0	0
Canton N° 01	1300 75,93 %	288 16,82 %	124 7,24 %	= 1712	1664 97,19 %	34 1,98 %	14 0,81 %	31	14	2
Canton N° 02	391 82,66 %	54 11,41 %	28 5,91 %	= 473	454 95,98 %	13 2,74 %	6 1,26 %	9	4	0
Canton N° 03	1225 80,06 %	224 14,64 %	81 5,29 %	= 1530	1482 96,86 %	31 2,02 %	17 1,11 %	29	14	2
Canton N° 04	183 73,49 %	48 19,27 %	18 7,22 %	= 249	241 96,78 %	6 2,40 %	2 0,80 %	4	2	1
Canton N° 05	1019 81,19 %	190 15,13 %	46 3,66 %	= 1255	1209 96,33 %	33 2,62 %	13 1,03 %	28	11	2
Canton N° 06	116 66,28 %	44 25,14 %	15 8,57 %	= 175	170 97,14 %	3 1,71 %	2 1,14 %	2	2	1
Canton N° 07	38 59,37 %	18 28,12 %	8 12,5 %	= 64	58 90,62 %	3 4,68 %	3 4,68 %	3	3	0
Canton N° 09	3415 73,01 %	905 19,35 %	357 7,63 %	= 4677	4449 95,12 %	103 2,20 %	125 2,67 %	84	39	1
Canton N° 10	431 73,54 %	104 17,74 %	51 8,70 %	= 586	572 97,61 %	9 1,53 %	5 0,85 %	9	3	0
Canton N° 11	99 75,57 %	22 16,79 %	10 7,63 %	= 131	127 96,94 %	3 2,29 %	1 0,76 %	3	1	0
Canton N° 12	1219 80,51 %	209 13,80 %	86 5,68 %	= 1514	1465 96,76 %	35 2,31 %	14 0,92 %	32	15	4
Canton N° 13	296 69,15 %	93 21,72 %	39 9,11 %	= 428	408 95,32 %	9 2,10 %	11 2,57 %	9	5	0
Canton N° 14	1103 76,65 %	252 17,51 %	84 5,83 %	= 1439	1384 96,17 %	37 2,57 %	18 1,25 %	32	14	2
Canton N° 15	135 74,58 %	30 16,57 %	16 8,83 %	= 181	174 96,13 %	5 2,76 %	2 1,10 %	4	1	2
Canton N° 16	42 62,68 %	14 20,89 %	11 16,41 %	= 67	65 97,01 %	2 2,98 %	0 0, %	2	2	0
Canton N° 17	1109 81,96 %	197 14,56 %	47 3,47 %	= 1353	1303 96,30 %	35 2,58 %	15 1,10 %	32	13	5
Canton N° 18	360 72, %	99 19,8 %	41 8,2 %	= 500	483 96,6 %	10 2, %	7 1,4 %	9	3	0
Canton N° 19	558 75,81 %	128 17,39 %	50 6,79 %	= 736	712 96,73 %	17 2,30 %	7 0,95 %	15	4	1
Canton N° 20	563 83,03 %	96 14,15 %	19 2,80 %	= 678	660 97,34 %	13 1,91 %	5 0,73 %	11	5	1
Canton N° 24	400 82,30 %	61 12,55 %	25 5,14 %	= 486	475 97,73 %	7 1,44 %	4 0,82 %	5	1	0
Canton N° 27	878 72,32 %	242 19,93 %	94 7,74 %	= 1214	1176 96,86 %	26 2,14 %	12 0,98 %	24	8	4
Canton N° 28	753 74,55 %	162 16,03 %	95 9,40 %	= 1010	978 96,83 %	18 1,78 %	14 1,38 %	18	10	1
Canton N° 29	817 80,65 %	150 14,80 %	46 4,54 %	= 1013	982 96,93 %	20 1,97 %	11 1,08 %	16	6	0
Canton N° 30	1140 83,82 %	163 11,98 %	57 4,19 %	= 1360	1304 95,88 %	43 3,16 %	13 0,95 %	40	16	3
Canton N° 31	1384 80, %	264 15,26 %	82 4,73 %	= 1730	1677 96,93 %	40 2,31 %	13 0,75 %	34	15	1
TOTAUX	18992	4064	1534	24590	23700		556	334	485	33

Canton 01 : Argeles sur mer
Canton 02 : Arles sur tech
Canton 03 : Ceret
Canton 04 : Latour de France
Canton 05 : Millas
Canton 06 : Mont Louis
Canton 07 : Olette
Canton 09 : Perpignan
Canton 10 : Prades
Canton 11 : Prats de mollo
Canton 12 : Rivesaltes
Canton 13 : Saillagouse
Canton 14 : St Laurent de la Salanque
Canton 15 : St Paul de Fenouillet
Canton 16 : Sournia
Canton 17 : Thuir
Canton 18 : Vinça
Canton 19 : La côte vermeille
Canton 20 : Cabestany
Canton 24 : Bompas
Canton 27 : La côte radieuse
Canton 28 : Elne
Canton 29 : Toulouges
Canton 30 : St Estève

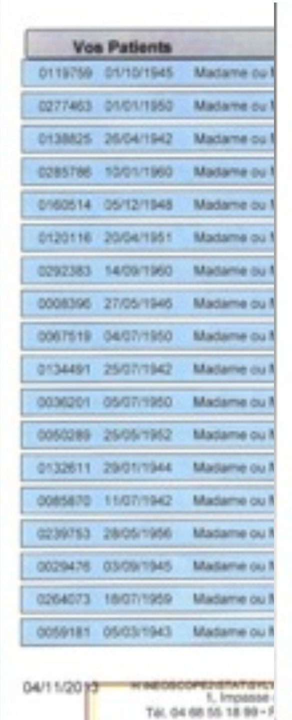
04/11/2013



POUR INFORMATION :

Listing de vos patients qui on fait un test il y a 2 ans, donc à refaire en 2013





Vos Patients		
0119759	01/10/1945	Madame ou M
0277463	01/01/1950	Madame ou M
0138825	26/04/1942	Madame ou M
0285786	10/01/1960	Madame ou M
0160514	05/12/1948	Madame ou M
0120116	20/04/1951	Madame ou M
0292383	14/09/1960	Madame ou M
0008396	27/05/1946	Madame ou M
0067519	04/07/1950	Madame ou M
0134491	25/07/1942	Madame ou M
0036201	05/07/1950	Madame ou M
0050289	25/05/1952	Madame ou M
0132611	29/01/1944	Madame ou M
0085870	11/07/1942	Madame ou M
0239753	28/05/1956	Madame ou M
0029476	03/09/1945	Madame ou M
0264073	18/07/1959	Madame ou M
0059181	05/03/1943	Madame ou M

04/11/2013

1, Impasse ...
Tél. 04 68 55 18 99 - F...



Listing de vos patients qui ont fait un test lors de la dernière campagne mais qui ne l'ont pas encore refait malgré nos sollicitations

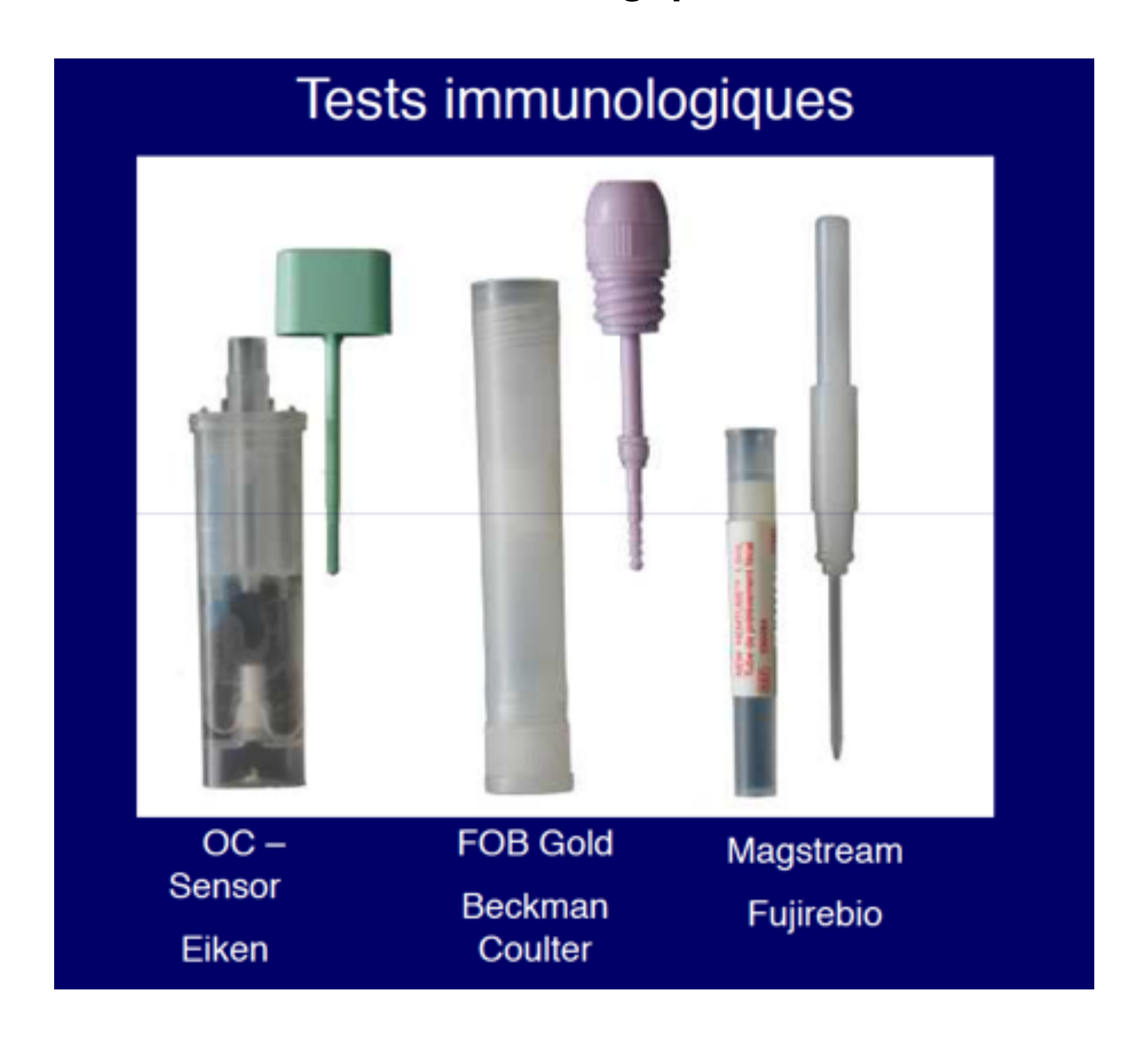


		Date du dernier test de dépistage	Date d'invitation	1er relance	2ème relance
0040047 12/02/1953	**Madame ou Monsieur X** 66170 ST FELIU D AMONT	12/01/2006	24/11/2011	08/10/2012	
0090947 26/06/1946	**Madame ou Monsieur X** 66300 CAMELAS	06/03/2006	17/02/2012	08/06/2012	17/10/2012
0120605 18/05/1943	**Madame ou Monsieur X** 66300 THUIR	08/11/2006	03/10/2012	22/01/2013	25/04/2013
0250990 01/05/1958	**Madame ou Monsieur X** 66300 LLUPIA	03/12/2008	24/11/2011	09/03/2012	17/10/2012
0156686 05/10/1955	**Madame ou Monsieur X** 66800 EYNE	25/11/2009	24/11/2011	12/06/2012	
0268184 01/12/1959	**Madame ou Monsieur X** 66300 LLUPIA	26/02/2010	17/02/2012	08/06/2012	17/10/2012
0085930 11/08/1942	**Madame ou Monsieur X** 66300 THUIR	07/05/2010	27/04/2012	11/10/2012	06/02/2013
0067759 30/06/1944	**Madame ou Monsieur X** 66300 LLUPIA	18/05/2010	11/05/2012	12/11/2012	06/03/2013
0095632 16/07/1949	**Madame ou Monsieur X** 66300 CAMELAS	28/06/2010	10/07/2012	12/11/2012	28/02/2013
0239242 26/02/1956	**Madame ou Monsieur X** 66300 THUIR	13/07/2010	10/07/2012	12/11/2012	01/03/2013

04/11/2013 H:\NEOSCOPE2\STAT\SYLVIE\MEDECINS\listing med personnes devant faire le test.RTM

1, Impasse de la vigneronne • BP 39946 • 66962 Perpignan Cedex 9
Tél. 04 68 55 18 99 • Fax 04 68 54 18 43 • E-mail : secretariat.depistages66@wanadoo.fr
www.depistages66.fr

Annexe 6: tests immunologiques



Annexe 7: questionnaire de l'étude

Dr

Perpignan le 21 janvier 2013,

Cher confrère,

Le cancer colorectal

- 3ème cancer le plus fréquent : 40 500 cas estimés, en France, pour l'année 2011.
- 2ème cancer le plus mortel : 17 500 décès estimés, en France, pour l'année 2011.

Le dépistage du cancer colorectal est mis en place depuis 2004 dans le département des Pyrénées Orientales :

Pour la campagne 2010-2011, la population cible de notre département était de 138 172 hommes et femmes de 50 à 74 ans.

Dépistages 66 a recensé 45 350 tests négatifs et 1 155 tests positifs (2,5% des tests réalisés). Suite au test Hemoccult II®, il a été réalisé 948 coloscopies qui ont révélées 420 examens anormaux (adénomes ou cancers) dont le diagnostic de cancer colorectal est certain pour 49 patients.

Le taux de participation au dépistage organisé a été de 39% dans notre département. L'objectif européen minimal acceptable est de 45% de participation et le taux souhaitable est de 65% (chiffres InVS).

Selon les nouvelles recommandations, le remplacement des tests au gaïac par les tests immunologiques est prévu en 2014.

Nous sollicitons un peu de votre temps afin de répondre à ce questionnaire réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale en collaboration avec Dépistages 66. Il a pour objectif une meilleure connaissance des pratiques réelles du dépistage organisé du cancer colorectal avant la mise en place de ce nouveau test.

Vous trouverez ci-joint une enveloppe T aux coordonnées de Dépistages 66 pour le retour du questionnaire (avant le 1er mars 2013).

Nous vous assurons que les données publiées seront anonymes et ne seront pas transmises à d'autres organismes.

Bien confraternellement,

Mme Solène Goulaouic
Interne en médecine générale

Dr Isabelle Moulichon
Médecin coordonnateur Dépistages 66

Le Dépistage organisé du cancer colorectal :



Donnez nous votre avis !

1/ Pensez-vous que le dépistage du cancer colorectal constitue un acte de prévention dont l'efficacité est prouvée ?

Oui tout à fait ❑ Oui assez ❑ Non ❑ Ne sait pas ❑

Argumentez votre réponse : ....

....

2/ Vérifiez-vous lors de chaque consultation :

Le dépistage organisé du cancer colorectal ? (test Hemoccult II®)

Systématiquement ❑ Souvent ❑ Parfois ❑ Jamais ❑

Le dépistage organisé du cancer du sein ? (mammographie)

Systématiquement ❑ Souvent ❑ Parfois ❑ Jamais ❑

Le dépistage du cancer du col de l'utérus ? (frottis)

Systématiquement ❑ Souvent ❑ Parfois ❑ Jamais ❑

Le dépistage du cancer de la prostate ? (taux de PSA)

Systématiquement ❑ Souvent ❑ Parfois ❑ Jamais ❑

3/ Utilisez-vous un logiciel avec un système d'alarme pour vérifier systématiquement ces dépistages ?

Oui ❑ Non ❑

Si oui quels dépistages ?...

4/ Pensez-vous ne pas aborder suffisamment ce sujet :

Par oubli ?

Oui ❑ Non ❑

Dans ce cas là, pensez-vous qu'un logiciel d'alarme pourrait vous être utile ?

Oui ❑ Non ❑

Par manque de temps ?

Oui ❑ Non ❑

Car la consultation porte sur un motif aigu ?

Oui ❑ Non ❑

Car vous pensez que le patient ne sera pas réceptif à l'information ?

Oui ❑ Non ❑

Autre : ....

5/ Considérez-vous la demande de test Hemoccult II® comme une consultation :

Très facile ❑ Facile ❑ Difficile ❑ Très difficile ❑

En ce qui concerne les explications sur l'intérêt du dépistage organisé du cancer colorectal lors d'une première demande:

Très facile ❑ Facile ❑ Difficile ❑ Très difficile ❑

En ce qui concerne les explications pratiques et la délivrance du test :

Très facile ❑ Facile ❑ Difficile ❑ Très difficile ❑

Selon vous, comment améliorer cette procédure ?

....

....

....

....

....

6/ Lors de la dernière délivrance de test Hemoccult II®, le patient venait-il en consultation :

Uniquement pour ce motif ?
Oui ❑ Non ❑
Avec un autre motif mais il s'agissait de sa demande principale ?
Oui ❑ Non ❑
Pour un autre motif principal ?
Oui ❑ Non ❑
La demande a-t-elle eu lieu en toute fin de consultation (comme une formalité) ?
Oui ❑ Non ❑

7/ Est-ce que la demande et délivrance de tests Hemoccult II® doit faire l'objet d'une consultation dédiée?
Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas ❑
Pour quelles raisons ?..

8/ Comment estimez-vous les connaissances des patients vis-à-vis du dépistage organisé du cancer colorectal :
Très bonnes ❑ Bonnes ❑ Insuffisantes ❑ Ne sait pas ❑

9/ D'après votre expérience, comment les patients se représentent-ils le test Hémoccult II® :
Par rapport à la mammographie (si ce sont des femmes) :
Aussi indispensable ❑ Plus indispensable ❑ Moins indispensable ❑ Ne sait pas ❑
Par rapport au frottis (si ce sont des femmes) :
Aussi indispensable ❑ Plus indispensable ❑ Moins indispensable ❑ Ne sait pas ❑
Par rapport au taux de PSA (si ce sont des hommes):
Aussi indispensable ❑ Plus indispensable ❑ Moins indispensable ❑ Ne sait pas ❑

10/ Pensez-vous que l'utilisation du test est simple pour les patients ?
Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas ❑

11/ Avez-vous déjà entendu parler du nouveau test immunologique ?
Oui ❑ Non ❑

12/ Pensez-vous que ce nouveau test va améliorer le taux de participation des patients?
Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas ❑

13/ Etes-vous favorable à sa mise en place ?
Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas ❑

14/ Selon vous, comment améliorer le taux de participation à la campagne organisée du cancer colorectal ?
....
....

Nom : .... **Prénom :** .... **Sexe : F** ❑ **H** ❑
Age : moins de 45 ans ❑ de 45 à 54 ans ❑ 55 ans et plus ❑
Lieu d'exercice : urbain ❑ semi-rural ❑ rural ❑
Mode d'exercice : cabinet individuel ❑ cabinet de groupe ❑
Moyenne des consultations/jour : 15 ou moins ❑ entre 16 et 25 ❑ plus de 25 ❑
Cabinet informatisé : Oui ❑ Non ❑
Utilisation d'Apicrypt : Oui ❑ Non ❑

Nom et prénom sont demandés afin de corréler les résultats de ce questionnaire avec les données de Dépistages 66
Votre Email afin de recevoir les résultats de cette étude : ....

Annexe 8: réponses aux questions ouvertes

<u>Question 1 : Pensez-vous que le dépistage du cancer colorectal constitue un acte de prévention dont l'efficacité est prouvée ?</u>

réponse « oui tout à fait »

car cancer colorectal : maladie fréquente

sensibilisation et mobilisation de la population vis à vis d'un cancer si fréquent
3ème cancer le plus fréquent, examen sans risque

car expérience personnelle

j'ai eu plusieurs diagnostics précoces de cancer colorectal grâce au test Hemoccult de prévention: cela a fini de me convaincre
découverte 5 cancers du colon sur dépistage, asymptomatiques
il y a 9 ans au début du dépistage dans les PO, j'ai eu 2 patients avec un polype dégénéré. Ils vont très bien à l'heure actuelle, c'est tout dire!
j'ai eu dans la patientèle un cas de dépistage de cancer du colon par ce test
plusieurs polypes suspects repérés depuis le début
découverte de néoplasie de façon précoce
depuis l'instauration du dépistage 3 patients asymptomatiques ont présentés des cancers colorectaux révélés par le dépistage
le dépistage a permit à plusieurs reprises d'éliminer des adénomes ou des cancers sans signes cliniques associés
dans ma patientèle ce test a permis de révéler plusieurs fois un cancer colorectal qui ne s'était pas encore exprimé cliniquement
plusieurs tests positifs sans expression clinique à ce moment
j'ai réalisé des séminaires sur ce sujet mais il faudrait toucher plus de monde
cela est arrivé dans ma clientèle
sur la réalité d'un cas avec découverte d'un polype en voie de transformation
le pratique depuis 2002, je considère qu'il a permis maintes découvertes de lésions pré-cancéreuses
car bien souvent les signes cliniques sont pauvres

car données du dépistage et du test

mais s'ils refusent l'Hemoccult, je propose une colo et argumente en sa faveur
son efficacité reste tout de même prouvée si l'Hemoccult est positif
Cf résultats dépistage coloscopies: 420 résultats anormaux
permet une réduction de la mortalité par cancer du colon
facile à utiliser pouvant s'adresser au grand nombre, pathologie digestive colique en nombre important, nombre de cancer important, intérêt de dépistage de lésion cancéreuse et pré-cancéreuse
à 45 % de mon avis
selon les argumentaires même du dépistage organisé
ne laisse pas passer beaucoup de cancers
le test permet de dépister plus tôt les tumeurs et donc plus de chance d'améliorer l'espérance de vie
simplicité fiabilité

tests sensible suffisamment avec si positif une coloscopie qui est un examen très sensible et très spécifique dans le dépistage du cancer colorectal
statistique confirme
les résultats de Dépistages 66 le prouvent
le saignement est souvent occulte
l'absence de symptomatologie clinique au début du cancer justifie ce test
dépistage précoce
malgré les faux positifs et les faux négatifs le test est simple à réaliser et accessible à toute la population ciblée avec un taux de fiabilité corrections
bon rapport bénéfice/ risque innocuité faisabilité
si participation> 55%?
évident

autres

par la démarche personnelle chez le médecin traitant
anémie, discussion autour de la pathologie
c'est de la vraie prévention
cela permet de reprendre les antécédents familiaux de polype ou cancer colorectal et de choisir la coloscopie plutôt que l'Hemoccult
permet d'orienter patients à risque vers gastro

réponse « oui assez »

faux positifs nombreux
encore quelques faux positifs
pas trop en cas d'hémorroïdes ou fissures anales
quelques faux négatifs
malheureusement plusieurs cas de faux négatifs
fiabilité à améliorer mais gratuité, facilité d'exécution par le patient sont des arguments décisifs actuellement
test non fiable à 100%
par les HAS. Dépistage parmi patientèle efficace
oui dans ma pratique de médecin généraliste, les spécialistes ne sont pas convaincus
je l'espère dans la mesure où cela fait appel à des fonds publics
sensibilisation du patient 1ère approche, quelques cancers coliques dépistés par Hemoccult
pour quelques patients qui ne consultant pratiquement jamais ou rarement
le taux de participation insuffisant diminue l'efficacité
dépistage de masse oui
prévention correcte mais le 100% n'existe pas en médecine

réponse « non »

les études (cf "prescrire", "la recherche") semblent discordantes concernant l'efficacité de ce type de dépistage
une tumeur précancéreuse quelques polypes , de nombreux faux positifs
le nombre de positifs est souvent surévalué actuellement

réponse « ne sait pas »

tous les Hemoccult positifs se sont avérés normaux à la coloscopie

pas de réponse

on ne prouve jamais rien on démontre tout au plus! Ceci étant c'est pas mal

Question 3 : Utilisez-vous un logiciel avec un système d'alarme pour vérifier systématiquement ces dépistages ? Si oui quels dépistages ?

prostate, colon, sein, frottis
Hemoccult, mammographie, frottis , PSA
mammographie, frottis, Hemoccult
sein, colorectal, prostate
sein, colon
prostate, colorectal
mammographie, PSA
frottis, PSA
ceux qui me paraissent utiles
mais difficile à mettre en action tous les systèmes de prévention, dépistages, vaccins

Question 4 : Pensez-vous ne pas aborder suffisamment ce sujet :

autre :

Je vérifie chaque thème chaque année systématiquement
Le rappel par le dépistage organisé me sert de rappel, je ne ressens pas le besoin de me charger moi même du calendrier
En ce qui concerne l'Hemoccult et la mammographie , j'ai totalement légué à Dépistages 66 les convocations et leurs abords.
Quand le patient se sent concerné, il apporte son test de dépistage.
Manque de temps+++
En période épidémique, il est plus difficile d'y penser.

Réponse « non » à toutes les sous-questions :

On ne peut pas penser à tout en médecine générale avec la plupart du temps plusieurs motifs de consultation par patient...
J'y pense systématiquement

Question 5

Concernant la procédure pour les médecins

Points négatifs :

le jeu des étiquettes est absolument ridicule !! Débrouillez-vous pour limiter ceci à 2 étiquettes !!
Moins de collage d'étiquettes

multiplication des étiquettes ?
simplifiez étiquettes et papiers, trop de paperasse !!
Faire plus de 10 ans d'étude pour coller des étiquettes, c'est nul.
Elle s'est (inutilement à mon avis...) complexifier ces dernières années. Questionnaires et questions redondantes : à quoi donc sert le code barre par exemple ?
Pourquoi devoir remplir 2 papiers le test me paraît suffisant, le papier à renvoyer à Dépistages 66 était un papier de plus à remplir et pas une preuve de leur adhésion.
Il s'agit d'une charge corvée supplémentaire qui vous est imposée (et non rémunérée) donc mal acceptée
Je n'ai jamais compris l'intérêt de la fiche d'inclusion qui multiplie l'obligation de remplir des cases et de coller des étiquettes. Dans la mesure où cela ne durera que pour 2013, pas d'intérêt à modifier la procédure actuelle.
si il n'y a pas trop d'autres demandes liées à d'autres motifs de consultation sinon : c'est lourd ! (car cela prend du temps)
Hélas pour ce qui me concerne, j'ai actuellement beaucoup de « paperasserie »lors de mon exercice cela me devient pénible.
facile mais très chronophage
très chronophage !!*(réponse difficile aux 3 questions)*

Propositions

INFORMATISER !!! Il existe des cartes vitales qui permettent plein de choses en 2013...
par une information grand public (radio, télévision, journaux), posters dans la salle d'attente expliquant l'utilisation pratique du test
en nous offrant plus de temps... (JOKE!)
Ne pas hésiter à prendre des exemples précis de patients qui ont été dépistés positifs et leur expliquer le déroulement
Il faut que les patients qui reçoivent le dépistage du cancer colorectal le proposent de suite à leur médecin
envoyer des documents d'information aux patients pour <u>tous</u> les dépistages : frottis et PSA, l'âge limite de dépistage pour le cancer du sein me semble trop jeune !
Actuellement l'ensemble du test est compréhensible pour le patient. Expliquer la lésion, le polype qui précède le cancer serait intéressant car les patients pensent qu'ils vont avoir une coloscopie / intérêt du test pour eux.
Faire un QR code sur le test avec vidéo sur smartphone pour expliquer procédure
(*réponse difficile pour les explications pratiques et la délivrance du test)*
en simplifiant la partie administrative et en consacrant le temps gagné à mieux expliquer l'intérêt et la technique du recueil, il faut recommencer chaque deux ans.
(*réponse difficile pour les explications pratiques et la délivrance du test)*
savoir si le patient a reçu la convocation nous aiderait à insister

Points positifs :

Nous sommes rodés depuis plus de 10 ans.
pas d'idée déjà simple et rapide
actuellement très bonne information des patients et très bonne acceptabilité
Je n'ai pas de difficulté particulière pour inciter les patients à réaliser le test, ni à l'expliquer : le discours finit par être « rodé » à force de le répéter

Concernant la procédure pour les patients:

la fiche d'invitation:

la fiche d'invitation au test semble mal comprise pour beaucoup de patients : ils pensent plus ou moins systématiquement à la coloscopie et au cancer alors que ce n'est q'un dépistage et recueil de selles. La présentation de cette fiche semble présenter un problème pour certain...

cela manque de schéma, certaines personnes ne savent pas lire...

envoyer notice explicative au patient en plus du dépistage

les patients oublient souvent leur convocation

le test :

je jette à la poubelle le dispositif de collecte des selles et je propose 3 assiettes en carton grand modèle, c'est super

Améliorer le dispositif de recueil de selles

Un test moins contraignant pourrait améliorer le taux de participation. Le nouveau test (toujours recueil de selles) ne devrait pas permettre d'améliorer le taux de participation

Trop de manipulations pour le patient

par un test moins contraignant

mettre en place un test plus spécifique

avec un test plus fiable (*réponse difficile pour les explications sur l'intérêt du dépistage organisé du cancer colorectal lors d'une première demande)*

Réflexions sur le dépistage

quand commencerons-nous à responsabiliser le patient à sa propre santé

Réflexions sur la consultation de remise du test Hemoccult

le patient ne vient jamais pour une consultation concernant l'Hemoccult, c'est en plus de la consultation

La consultation test Hemoccult n'existe pas c'est une demande en plus d'une autre consultation

C'est un rajout de consultation

Absence d'opinion :

pas de suggestion

?

Question 7 : Est-ce que la demande et délivrance de tests Hemoccult II doit faire l'objet d'une consultation dédiée ? Pour quelles raisons ?

réponse « oui»

car temps pour explications

temps passé

il faut donner les bonnes informations pour réaliser un bon test , ça prend du temps

très chronophage !!

un temps de motivation

sensibilisation santé publique

toujours le temps

afin d'expliquer les buts

bien expliquer les procédures de prélèvement et conforter le suivi dans le temps

ça devrait être un acte à part entière
pour l'explication de l'intérêt et du déroulement
si on veut que le patient y voit l'intérêt
prendre son temps !! Et de là parler des risques liés aux cancers en général (liés au tabac...)
plus de temps de consultation
explications
Pour avoir plus de temps et en profiter pour aborder d'autres problèmes de prévention.
Pour en fait expliquer l'éventuelle test à donner
pour la première délivrance car il faut prendre le temps de donner les explications, voire d'ouvrir le test pour bien montrer
pour arriver à leur expliquer la finalité du test
lors du premier dépistage pour bien expliquer le test et son intérêt
car on manque de temps pour expliquer et convaincre
prendre le temps
meilleure motivation
consultation de prévention toujours plus longue en temps
car nécessite un examen clinique et une délivrance du test : en moyenne 15 minutes !
Plus de boulot pour (quasi) rien de plus c'est du travail gratuit donc frustrant et pénible
Pour en marquer l'importance
temps de la consultation
persuader, expliquer

car autres motifs de consultations

car la demande arrive très souvent en fin de consultation
En fin de consultation longue (ce qui est pratiquement toujours le cas) avoir à faire cette délivrance+ remplissage+collage ça fait long.
Éviterait les oublis par la patient, lui permettrait de se rendre compte de l'importance du dépistage
sinon c'st un peu « bradé » aux yeux du patient et cela rallonge la consultation qu'on croyait finie, je ressort tout ….
car ce temps s'ajoute à celui de la consultation
trop de motifs de consultation en un quart d'heure
temps x2
prise en charge à part entière avec démonstration et remboursée à 100%
Les patients ne viennent jamais exclusivement pour le test : consultations rallongées++
2 motifs= 2 consultations différentes

réponse « non »

car coût

trop cher pour certains patients ou faire une consultation spéciale prévention d'ensemble
pour patient= ne payer qu'une consultation au lieu de deux
rapide à expliquer et délivrer, question de coût
Gaspillage de temps et d'argent.
Coût

car manque de temps des médecins pour une consultation dédiée

pas assez de temps pour faire deux consultations séparés, une pour le test et une autre pour un autre motif
en ce qui me concerne c'est parce que je suis actuellement débordé
pas le temps
pas assez de temps
pas assez de disponibilité (rendez-vous)

car reste rapide

cela reste assez rapide
pourquoi multiplier les actes
doit rester systématique
mais à la condition de ne pas sortir l'enveloppe de leur sac à la fin de la consultation sauf pour le premier test
il est rapide d'expliquer l'intérêt et de conseiller le test.
Les gens ont l'habitude
Le test est suffisamment simple,
Ce n'est pas urgent.
Rapidité et facilité lors des explications.

car souvent il y a plusieurs motifs de consultation

Plusieurs motifs possibles
problème de temps 9 fois sur 10 le patient nous met sur le bureau le test en toute fin de consultation
Ok pour consultation dédiée si résultat positif
ne prend pas trop de temps en fin de consultation
peut s'intégrer dans une consultation de routine
cela fait partie de la consultation même si celle ci doit être un peu plus longue
éventuellement la première , contraignant
Il vaut mieux profiter d'une consultation pour autre chose pour en parler. Venir exprès à une consultation dédiée sera plus difficile pour la majorité des patients.
Les patients ne viennent jamais uniquement pour l'Hemoccult

réponse « oui »: pour une première fois et « **non** » pour un renouvellement à un habitué
consultation dédiée éventuellement lors de la réception du premier test à 50 ans

réponse « ne sait pas »

c'st évidemment un problème de temps...
les patients n'ont plus le temps de quoi que ce soit

pas de réponse cochée

Ce serait bien mais difficile

Question 14 : Selon vous, comment améliorer le taux de participation à la campagne organisée du cancer colorectal ?

meilleures campagnes d'information :

plus de publicité grand public
je pense que la politique déjà entreprise est bonne (faut sensibiliser les gens par la télécommunication)
pub télé
consultations dédiées aux dépistages des cancers du colon, du sein et de la prostate
campagne audiovisuelle ++
information à l'adolescence comme un autre dépistage et prévention (?)
médias+++
diffuser les résultats du dépistage déjà en place
avoir enfin une vraie politique de santé publique
campagnes pub, télé, radio
sensibilisation
meilleure information patient
plus d'information clinique aux patients
communiquer dans la presse grand public
plus de place médiatique
campagne à la TV (cela vaut parfois mieux que les informations données par les médecins eux même!!)
spots télé
encore plus d'information
plus de campagne publicitaire, moins de dégradation de l'image de généraliste sur les médias
affichage dans les salles d'attente des médecins, médias+++, pubs
télécommunication
communication
par la télévision
par la simplicité du test et une campagne télécommunication
par publicité dans l'Indépendant
par la publicité probablement
avec des spots TV, des lettres personnalisées, des affiches
campagnes d'information grand public/ affichage salle d'attente/ relance par lettre (déjà faite)
plus de publicité dans les médias
améliorer l'information
informer de façon générale encore et encore !
En en parlant sur les radios ou publicité à la télé
Sensibilisation à la télévision
Spot publicitaire
affiche, pub à la télécommunication
Campagnes d'informations

améliorer le test

la sensibilisation doit être faite par le médecin traitant et les autres médecins lorsque l'occasion se présente. Il faudrait souvent un test moins contraignant (ne demandant pas le recueil des selles.. mais ça...)

Il faut que le test soit très simple avec très peu de manipulation

en tout cas pas avec la nouvelle bande collante soit disant pour simplifier le recueil... !!

test moins contraignant, insister sur la pathologie

améliorer la procédure

avec un petit feuillet explicatif sur les chiffres du cancer colorectal en même temps que l'on envoie le dépistage

Nous ne sommes pas des colleurs d'étiquette !! ras le bol !! Le dépistage doit être considéré comme un acte médical rémunéré ou être totalement organisé par un organisme indépendant (meilleure solution).

connaître la liste des patients ayant été avertis et liste de ceux qui ont participé (alors on reçoit le résultat)

En nous signalant les patients convoqués afin de l'aborder avec eux,

En publiant par les associations de dépistage la liste des patients qui ont reçu que la convocation afin que le médecin traitant le rappelle.

certains pensent que la date d'expiration est définitive

campagnes publicitaires envoyées plusieurs fois dans l'année du dépistage ou pourquoi pas, moins onéreux peut-être un système d'alarme sur ordinateur nous y faisant penser à nous médecins

le rappeler systématiquement en consultation pour les gens qui arrivent à la cinquantaine

Simplifier la procédure (pour le médecin) : ça motivera. Mieux rémunérer l'acte

qu'ils soient moins contraignants

rôle du médecin à privilégier

à nous d'essayer de convaincre les patients

le passage en consultation doit être à privilégier et plus convaincant

motiver le patient, logiciel avec système d'alarme

cela dépend beaucoup de la volonté des patients car ils sont dans l'ensemble bien informés

remotivation médecin si besoin

difficile ! Et prendre patience...

Consultation dédiée ou de prévention

consultation dédiée

consultation spécifique

mieux rémunérer une consultation spécifique

mise en place d'une véritable consultation de prévention

Faire de chaque dépistage une consultation dédiée, rémunérée pour le temps de l'éducation thérapeutique

Consultation prise en charge directement par la sécurité sociale

Autres propositions

Passer par la médecine du travail

introduire un volet prévention dans le remboursement

en leur fournissant un « bon de consultation » ou en organisant dès janvier des distributions sans passer par les médecins généralistes

en offrant de façon aléatoire un ou deux week-end end thalasso chaque année
soi même être d'une famille de cancer du côlon
Il faut responsabiliser les patients.

Rendre le dépistage obligatoire

Obligation
le rendre obligatoire sinon pas de remboursement pour une autre maladie
la rendre obligatoire (sous réserve de retenue financière sur les remboursements par exemple)
rendre obligatoire

Interrogations

pédagogie/ crédibilité des pouvoirs public perdue ?
en continuant à faire peur à des gens en bonne santé ? *(réponse non à la question 1)*
Hélas ! Je ne sais pas mais je remarque que les femmes sont plus sensibilisés que les hommes à ce dépistage.

Absence de propositions

ne sait pas (x2)
? (x2)
??

SERMENT

➢*En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

➢*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

➢*Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

➢*Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

➢*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*